UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE

Année 1936 N° 13

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES RÉCIDIVANTES

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1936

PAR

Louis JACQUET

MEMBRES DU JURY. . MM. R. GARIPUY, *Président.*
DIEULAFE
R. SOREL *Assesseurs*
ESTIENNY
BOULARAN, *Suppléant.*

CLERMONT-FERRAND
IMPRIMERIE MODERNE, 15, RUE DU PORT
—
1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE

Année 1936 N° 13

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES RÉCIDIVANTES

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1936

PAR

Louis JACQUET

MEMBRES DU JURY. . MM. R. GARIPUY, *Président.*
DIEULAFE
R. SOREL *Assesseurs*
ESTIENNY
BOULARAN, *Suppléant.*

CLERMONT-FERRAND
IMPRIMERIE MODERNE, 15, RUE DU PORT
—
1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	BARDIER.
Assesseur		DAMBRIN.
Doyen honoraire		ABELOUS.
Professeurs honoraires		MOSSE.
		SAINT-ANGE.
		BEZY.
		MARIE.
		MOREL.
		TAPIE.
		AUDEBERT.
		ESCAT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	VALLOIS.
Histologie et embryologie		ARGAUD.
Anatomie pathologique		TAPIE (J.).
Pathologie générale et expérimentale		BARDIER.
Bactériologie		RISPAL.
Pathologie interne		SERR.
Hygiène et Médecine préventive		LAFFORGUE.
Médecine légale		SOREL (E.).
Clinique médicale		DALOUS.
		LAPORTE.
Clinique chirurgicale et gynécologie		MERIEL.
Clinique chirurgicale		DAMBRIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CAUBET.
Clinique médicale infantile et puériculture	Mlle	CONDAT.
Clinique de neurologie et de psychiâtrie	MM.	RISER.
Clinique ophtalmologique		GORSE.
Physique biologique et médicale		ESCANDE.
Chimie et Toxicologie		MOOG.
Pharmacie		RIBAUT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		ROQUES.
Oto-rhino laryngologie		ESCAT.
Botanique et Matière médicale		MAURIN.
Clinique obstétricale		GARIPUY.
Physiologie		SOULA.
Clinique du Cancer		DUCUING.
Clinique des voies urinaires		MIGINIAC.

PROFESSEURS SANS CHAIRES

Anatomie topographique	MM. DIEULAFE.
Chimie	VALDIGUIE.
Anatomie	CLERMONT.
Histoire naturelle pharmaceutique	MARTIN-SANS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	BRUSTIER.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GARIPUY.
Obstétrique	ESTIENNY.
Chimie pathologique	VALDIGUIE.
Pharmacologie	SOULA.
Chimie minérale	VALDIGUIE.
Cryptogamie	MARTIN-SANS
Zoologie	VALLOIS.
Stomatologie	CADENAT.
Physique Pharmaceutique	BUGNARD.
Chimie organique	BRUSTIER.
Dermatologie et Syphiligraphie	CHATELLIER.
Législation pharmaceutique	MAURIN.
Botanique	MARTIN-SANS.
Parasitologie, Microbiologie	DELAS.
Physiologie	BOUISSET.
Otho-rhino-laryngologie	CALVET.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM. CALVET.
	SENDRAIL.
Médecine	SOREL (R.).
	MOREL (L.).
Chirurgie	LEFEBVRE.
	BOULARAN.
Pharmacie	FLORENCE.
Physique médicale	BUGNARD.
Obstétrique (chargé des fonctions d'agrégé)	ESTIENNY.
Secrétaire de la Faculté	RENARD.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.

(Délibération en date du 12 mai 1891.)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PERE

A MA MERE

Hommage de pieuse reconnaissance et de filiale gratitude.

A MON FRERE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. GARIPUY

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
ACCOUCHEUR EN CHEF DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre reconnaissance et de notre vive gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. SOREL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ESTIENNY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BOULARAN

Très respectueusement.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL PIOLLET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A L'ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il a inspiré ce travail et nous a guidé dans sa réalisation. En maintes circonstances, Il a prodigué à des membres de notre famille ses soins dévoués et éclairés. Enfin Il nous a donné une marque particulière de bienveillance en nous appelant à collaborer activement avec Lui. Aussi, nous sommes heureux de Lui redire ici toute notre profonde gratitude et notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ADRIEN PIOLLET

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
PROFESSEUR SUPPLÉANT DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE
A L'ECOLE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Il a mérité à beaucoup de titres notre reconnaissance. Aujourd'hui, son « opéré » se fait une joie d'adresser à son «chirurgien» l'expression de son affectueux respect et de son entier dévouement.

AU DOCTEUR JEAN PIOLLET

MONITEUR DE CLINIQUE ORTHOPÉDIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

En souvenir de nos communes années d'hôpital.

A Monsieur le Professeur CASTAIGNE

Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hopitaux de Paris
Professeur de Clinique Médicale
Directeur de l'Ecole de Plein Exercice de Médecine
et de Pharmacie de Clermont-Ferrand
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommage de gratitude pour la bienveillante sympathie qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

A Monsieur le Professeur RONGIER

Professeur de Clinique Obstétricale a l'Ecole de Médecine
Accoucheur en Chef des Hopitaux
Directeur de l'Ecole Départementale de Sages-Femmes et Infirmières

Nous lui devons toute notre formation obstetricale. Son exemple marquera d'une empreinte indélébile cette carrière d'accoucheur qu'il nous a appris à aimer et qui sera la nôtre.

Nous l'assurons de notre profond respect et de notre entière reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Henri PAILLARD

Professeur de Pathologie Interne et Générale a l'Ecole de Médecine
Ancien Interne, Lauréat des Hopitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Son lumineux enseignement et la bienveillance qu'il nous a sans cesse témoignée au cours de nos études nous font un devoir de lui redire toute notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur MERLE

Professeur de Clinique Médicale a l'Ecole de Médecine
Médecin des Hopitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a toujours si aimablement accueilli dans son service.

A Monsieur le Professeur P. LUTON

Professeur de Clinique des Maladies Sociales
a l'Ecole de Médecine
Médecin des Hopitaux

Dont nous fûmes — trop peu longtemps — l'externe.

A Monsieur le Docteur GRIVEAUD

Chef de Service de Dermatologie

Qui fut pour nous un maître et un ami. Puisse cette modeste dédicace l'assurer de notre reconnaissant attachement.

A Monsieur le Professeur ACKERMANN

Professeur de Médecine Légale a l'Ecole de Médecine
Médecin des Hopitaux

Témoignage de notre respect.

A Monsieur le Docteur Durif

Chargé de Cours de Clinique Annexe d'O. R. L.
Médecin des Hopitaux

Hommage de gratitude.

A Monsieur le Professeur R. VAURS

Professeur Suppléant de Bactériologie a l'Ecole de Médecine
Ancien Chef de Laboratoire a l'Institut Pasteur
Directeur des Laboratoires des Hopitaux

Avec notre reconnaissante sympathie.

A Monsieur le Professeur Roger FOURNIER

Professeur Suppléant d'Obstétrique a l'Ecole de Médecine

Gage de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur MATHIEU

Chirurgien des Hopitaux

Qui guida nos premiers pas dans les Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur Pierre ATTAIX

Chef de Clinique Obstétricale a l'Ecole de Médecine

Hommage de notre amical respect.

A Monsieur le Docteur Paul FOURNIER

Chef de Clinique Chirurgicale a l'Ecole de Médecine

En témoignage de notre profonde sympathie.

A Monsieur le Docteur Paul JOUVE

Chef de Clinique Médicale a l'Ecole de Médecine

En souvenir de notre vieille et fidèle amitié.

A Madame SONNET

Sage-Femme en Chef de la Maternité de Clermont-Ferrand
Sous-Directrice de l'Ecole Départementale de Sages-Femmes
et Infirmières

Elle a bien voulu nous faire profiter des précieux conseils d'une expérience acquise au cours de trente années de dévouement continuel auprès des accouchées. Nous l'en remercions très respectueusement et très sincèrement.

A TOUS NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A L'ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE CLERMONT-FERRAND

MM. ALARY, BERNARD-GRIFFITHS, BUREAU
CHAUMERLIAC, CORNUT, E. ET S. DECHAMBRE
DELORME, DELABORDE, DIONIS DU SEJOUR, DODEL
FRANÇOIS, GILARD, LEMARIEE, DE LAROCHE, LIMOUSIN
MORNAC, NEBOUT, PAKOWSKI, PATURET, PETIT
QUIQUANDON, ROBERT, SAMAMA, SIMON

A TOUS NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTE DE MEDECINE DE TOULOUSE

CONSIDÉRATIONS
SUR LES
GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES RÉCIDIVANTES

INTRODUCTION

La Grossesse extra-utérine n'est pas une nouveauté en gynécologie et sa récidive était depuis longtemps connue comme possible.

La première observation en date, sur ce sujet, a été publiée par Jacques Naier, en 1591 ; d'autres le furent dans le courant des XVII[e] et XVIII[e] siècles, mais elles sont en réalité très obscures et ne présentent guère qu'un intérêt historique.

Ce n'est qu'après la publication, en 1885, du mémoire de Lawson Tait, sur la grossesse extra-utérine que l'on voit se succéder en France et à l'étranger toute une série de travaux sur ce sujet.

Dès lors, on va voir défiler thèses et publications signées des plus grands noms de gynécologues, d'accoucheurs et de chirurgiens : Varnier, Pozzi, Lecène, Lejard, pour ne citer que les morts.

Cependant, malgré ce déluge de littérature, souvent le diagnostic de gestation tubaire n'est pas fait — surtout en dehors des complications — et l'on voit les statistiques, suivant l'optimisme ou la bonne foi de leurs auteurs, accuser de 20 à 42 % de diagnostics ignorés ou erronés.

Comme externe et assistant de notre Maître le Professeur P. Piollet, soit dans son service hospitalier, soit dans sa clientèle particulière, nous l'avons vu faire des laparotomies pour gestation tubaire itérative ; de là, nous est venue l'idée d'exposer une fois encore quelques considérations sur ce sujet déjà battu et rebattu. Puissions-nous ne pas être trop inférieur à notre tâche.

Qu'il nous soit permis avant d'entrer dans le vif de notre travail, de dire toute notre reconnaissance à notre Maître P. Piollet, au Docteur A. Piollet, et au Docteur E. Girou qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations.

Que le Docteur G. Fric et le Docteur Jean Piollet qui se sont partagés l'illustration de ce travail trouvent également ici mes remerciements confraternellement amicaux.

Pour le développement de ces considérations, nous avons volontairement adopté un plan très simple, très classique.

Après un bref rappel anatomo-physiologique, nous examinerons successivement :

La fréquence et l'étiologie.

Le point de vue anatomo-pathologique.

Les éléments du diagnostic clinique avant et après les complications.

Les données que le laboratoire peut nous fournir pour résoudre le problème.

A propos de chaque forme clinique étudiée, nous donnerons les éléments différentiels du diagnostic.

Puis, nous discuterons le pronostic relatif à chaque accident, ce qui nous permettra de poser en toute connaissance, les indications de la thérapeutique jugée la meilleure.

CHAPITRE I

RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Sans vouloir entrer dans de longs et inutiles détails, bien plus à leur place et bien mieux faits dans les ouvrages spécialisés, nous avons cru bon de placer en tête de notre travail quelques rappels de l'anatomie et de la physiologie des trompes.

Ce sont deux conduits musculo-membraneux qui s'étendent le long du bord supérieur des ligaments larges, depuis les angles latéraux de l'utérus jusqu'à la surface de l'ovaire.

Leur longueur varie entre 10 et 14 $^{c}/_{m}$, leur diamètre entre 3 et 8 $^{m}/_{m}$, depuis la partie interstitielle — située dans l'épaisseur de l'utérus avec lequel elle communique par l'ostium utérinum — jusqu'au pavillon, portion évasée en entonnoir, qui est au contact de l'ovaire par ses franges.

Le péritoine revêt toute la face extérieure des trompes qu'irriguent les artères tubaires interne et externe.

La face interne des trompes est recouverte par une muqueuse plissée dont certaines cellules de l'épithélium sont ciliées, alors que d'autres qui ont un rôle glandulaire, ne le sont point. Normalement, cet épithélium limite une mince cavité par où passeront, allant l'un vers l'autre, ovule et spermatozoïde.

On admet, en effet, que c'est dans la trompe que se fait

la fécondation et que l'œuf secondairement va se fixer dans l'utérus. Si pour une raison quelconque, cette nidation se produit dans la trompe, on a une grossesse extra-utérine.

Suivant le segment du conduit où l'implantation aura eu lieu, on décrira différentes formes de grossesses ectopiques, qui sont, en allant de l'ostium utérinum jusqu'à l'ovaire :

1. la F. interstitielle.
2. la F. isthmique.
3. la F. ampullaire.
4. la F. infundibulaire.
5. la F. ovarienne.
6. la F. abdominale.

Nous verrons, au chapitre de l'anatomie pathologique qu'à cette classification anatomique pure, on peut en substituer une autre qui explique mieux l'évolution et les symptômes cliniques.

CHAPITRE II

FRÉQUENCE

C'est un fait brutal et d'observation quasi unanime que la grossesse extra-utérine voit sa fréquence augmenter.

Alfred Labhardt note qu'à la clinique gynécologique de Bâle, elles ont quadruplé en 30 ans, alors que la population a seulement doublé. Les auteurs français, sans accuser un pareil coefficient d'augmentation, ont pu faire des constatations analogues.

Torre (de Milan) estime que dans ces dernières années la fréquence des gestations tubaires est sensiblement normale, correspondant au coefficient 1,2 % par rapport à la grossesse normale.

Logiquement, cet accroissement du nombre total des grossesses ectopiques s'accompagnera d'une augmentation du nombre des récidives, mais dans quelle proportion ?

Empruntons à la thèse de Sauve quelques statistiques :

Reiffarscheide	sur 43	G. E. U.,	compte	2	récidives,	soit 4,7 %
Kuttner	107	—	—	5	—	— 4,8 %
Strauch	92	—	—	5	—	— 5,2 %
Rumpel	30	—	—	2	—	— 6,3 %
Lejars	63	—	—	3	—	— 4,6 %
Smith	2998	—	—	122	—	— 4,0 %

Voici d'autres chiffres :

Jeanneney	a eu 5 %	de récidives.
Wiegaud	1,2 %	—
Tilly Gudden	5,1 %	—
Dietrich	4,6 %	—

Ufaria Arcieri, sur 685 cas a eu 5,5 % de récidives et Torre note un taux de 6,35 %.

Si l'on fait la moyenne de tous ces chiffres, pour la plupart assez voisins, on obtient un pourcentage moyen de récidives qui est, en chiffres ronds de 5 %. C'est à peu près le chiffre accusé par les statistiques personnelles du Pr. Piollet et, il semble bien que ce soit le plus voisin de la réalité, puisque les publications récentes, françaises ou étrangères, le donnent avec une constance remarquable.

Certains ont voulu faire une part à *l'hérédité* pour expliquer cette répétition. Nous ne connaissons que la récente communication de M. Fulconis, à la Société d'obstétrique et de gynécologie d'Alger, pour apporter un argument en faveur de cette thèse, et encore ne parle-t-il pas de G. E. U. récidivée. Il raconte l'histoire d'une famille où une femme, deux de ses filles et une de ses petites filles, ont fait successivement des ruptures de G. E. U. droite, et il suggère la possibilité d'une hérédité de terrain. On ne peut cependant pas tirer des conclusions hâtives d'un fait unique, mais nous ne croyons pas qu'il y ait des familles à ectopie comme on rencontre des familles à jumeaux.

La *profession* influe-t-elle sur la fréquence des accidents et leur répétition ? Rien n'est moins certain, dans nos observations, nous voyons cette récidive se produire également chez des travailleuses manuelles et des femmes oisives et ce, dans des délais sensiblement identiques.

Par contre, il est indéniable que certains *âges* payent un plus lourd tribut à l'ectopie. Cela peut s'expliquer par le fait que l'activité génitale est nettement délimitée entre deux dates extrêmes et sans grandes variations. La courbe de la G. E. U. primaire s'élève, progressivement de 18 à 25 ans, brusquement de 25 à 30 pour être maxima, entre 30 et 35 ans, où l'on trouve de 30 à 40 % des cas — et s'infléchit jusqu'à la quarantaine.

La courbe de la récidive est à peu près superposable, si ce n'est que son sommet se situe entre 25 et 30 ans.

A lire nos seules observations, nous inclinerions volon-

tiers à admettre que les accidents de gestation tubaire, simple ou répétée, sont plutôt l'apanage des nullipares. Nous sommes, sur ce point en contradiction avec la plupart des statistiques publiées sur ce sujet précis ; en effet, la plupart des auteurs établissent un pourcentage important de grossesses utérines antérieures.

M. Cotte, sur 20 cas, relève 50 % de malades ayant eu antérieurement une ou plusieurs gestations.

Smith, sur 112 cas, indique 87 accouchements normaux avant l'apparition des accidents ectopiques.

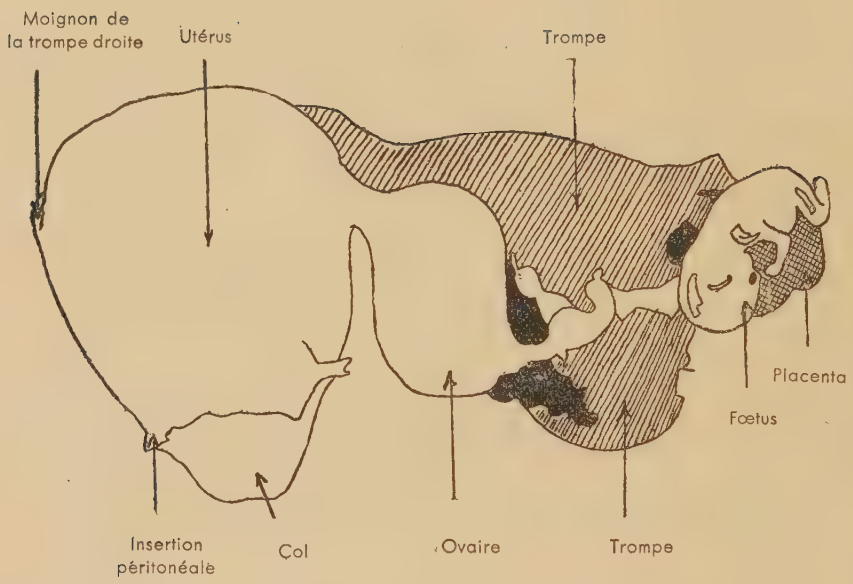
Il est bon de souligner que le nombre des primipares l'emporte de loin sur celui des multipares.

Plusieurs raisons peuvent expliquer les divergences constatées entre nos observations et les données classiques :

1° Le nombre relativement restreint de cas que nous avons rencontrés personnellement.

2° Le fait que nos malades chez lesquelles la G. E. U. s'est développée avant toute grossesse normale, ont presque toutes un âge avancé dans la vie génitale, 27 ans, 28 ans, ou sont demeurées longtemps stériles, ainsi que l'on peut s'en rendre compte immédiatement en prenant connaissance de nos observations.

Ainsi avertis et documentés, nous pourrons discuter en toute connaissance de cause les questions plus importantes de l'étiologie, du diagnostic et du traitement.



OBSERVATION I

Dessin demi-schématique. Vue antérieure

OBSERVATION I

(Inédite)

Dûe à l'obligeance de Messieurs A. et P. Piollet

Mme S..., tricoteuse, 28 ans.

Père et mère, vivants, en bonne santé.

Pas de renseignements sur les collatéraux.

Elle-même en bonne santé, signale une opération chirurgicale pratiquée à l'âge de 5 ans, pour adénopathie cervicale gauche.

Réglée à 15 ans. Mariée à 18 ans.

Règles régulières, indolores.

Pas de leucorrhée.

Pas de grossesses, ni d'avortements.

Vue, pour la première fois, le 10 Janvier 1933. C'est une jeune femme ayant eu un vague retard de règles (quelques jours), puis des métrorragies, sans caillots, qui, brusquement, à la suite d'un effort a ressenti une douleur vive, à gauche, le 9, à 22 heures. Bon pouls, bon facies, petites pertes rouges noires.

Ventre, non contracturé, sans météorisme. Aucune matité dans les flancs.

Toucher vaginal. — Difficile, annexes gauches un peu douloureuses, la mobilisation de l'utérus accentue la douleur. Cul de sac de Douglas, non saillant, difficile à atteindre, mais ne paraissant pas douloureux.

Mise en observation à la clinique Saint-Amable, Tout se tasse, sans qu'aucun signe précis n'autorise une intervention, aussi quitte-t-elle la clinique le 13 janvier.

Le 20 Janvier soudainement, sans aucun effort, les mêmes accidents que précédemment réapparaissent.

Douleur non aiguë, mais généralisée à tout l'abdomen. Il y a du météorisme, la douleur a son maximum à gauche.

T. V. : Mobilisation utérine, très douloureuse.

Le Douglas n'est pas atteint.

Pouls excellent, peu rapide, mais agitation et soif extrêmes.

On conclut à une grossesse extra-utérine rompue.

Opération d'urgence à la Clinique Saint-Amable, sous anesthésie générale au schleich Ombredanne.

Le Docteur Adrien Piollet pratique une laparotomie médiane sous ombilicale.

On trouve : une hémorragie intra-péritonéale de sang rouge, accompagnée de caillots noirâtres.

Une hématocèle pelvienne en voie de formation dans le Douglas.

Il s'agit d'une grossesse ectopique gauche pour laquelle on pratique une salpingo-ovariectomie unilatérale. On trouve libre dans le péritoine, un fœtus de 2 mois environ. On assèche et on draine le Douglas par un gros tube de caoutchouc laissé en place 48 heures.

Suites opératoires normales, quitte la clinique 21 jours après.

Les règles reviennent très régulières, indolores.

Il n'y a pas de leucorrhée. La santé demeure excellente jusqu'au 15 Novembre 1935 où se produit la dernière menstruation.

Cet arrêt s'accompagne d'une vague douleur abdominale. Quelques minimes pertes sanguines n'empêchent pas cette jeune femme de se livrer à ses occupations habituelles.

Le 15 Décembre, au cours d'une perte de sang plus abondante, elle expulse une caduque utérine. Le Docteur Rocher (de Royat) qui la voit, fait appeler le Professeur Rongier ; tous deux sont d'accord pour conclure à une fausse-couche et mettre la malade au repos au lit.

Quand le 24 Décembre, vers 17 heures, apparaît une dou-

leur abdominale très violente, avec vomissements, tendance syncopale.

Le Professeur Rongier appelé, demande une consultation avec le Pr. P. Piollet qui voit la malade vers 20 heures.

Elle a un facies pâle, angoissé, vomit fréquemment, la douleur abdominale est moins vive.

La palpation du bas-ventre est douloureuse, mais il n'y a pas de contracture.

Les flancs sont submats à la percussion, la matité hépatique n'a pas disparu.

T. V. — Utérus un peu augmenté de volume, refoulé à gauche.

A droite, masse annexielle douloureuse, fixée, du volume d'une mandarine.

Douleur exquise à la pression du Douglas qui est empâté.

Température : 36°8. Pouls : 80.

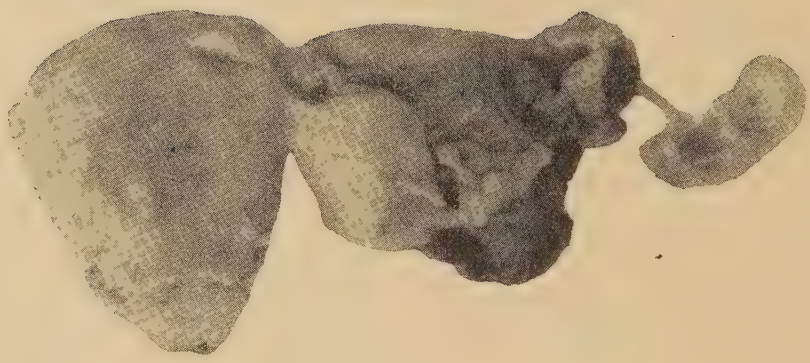
On pose le diagnostic de grossesse tubaire droite, récidivée, rompue.

La malade est transportée à la clinique Saint-Amable, où elle est opérée à 22 heures.

Sous anesthésie générale au schleich, donnée par le Dr Jean Piollet, le Pr. Paul Piollet assisté du Docteur Adrien Piollet, pratique une laparotomie médiane sous ombilicale.

A l'intérieur du péritoine, du sang rouge a diffusé en quantité modérée. Dans le petit bassin, encore du sang rouge mêlé de caillots. Pas d'adhérences intestinales, ni épiploïques. Quelques anses seulement sont agglutinées par des caillots au-dessus de la trompe droite.

Il s'agit d'une grossesse de la portion externe de la trompe droite rompue. De l'orifice de rupture s'échappent un caillot et le placenta. L'embryon est juste au voisinage de la trompe, relié encore au placenta par le cordon (V. dessin et photos annexés).



OBSERVATION I

Vue Antérieure : après hysterectomie

OBSERVATION I

Vue postérieure : après hysterectomie

L'ovaire droit scléro-kystique est assez volumineux (grosse amande).

On pratique l'ablation en une seule masse de la trompe, de l'ovaire et de l'utérus par hystérectomie subtotale.

La paroi est refermée sans aucun drainage. La guérison se fait sans incidents et la malade quitte la clinique le 12 Janvier 1936.

Revue un mois après sa sortie, elle a repris sa vie normale et va, dit-elle, chaque semaine au bal.

OBSERVATION II

(Inédite)

Due à l'obligeance du Professeur Piollet

Mme C., de Ceyrat. Née en 1907. Réglée à 16 ans. Règles douloureuses, peu abondantes, venant avec de fréquents retards (souvent tous les 40 jours).

Mariée à 20 ans. Pas de grossesse normale. La malade signale des poussées douloureuses au moment des règles, quelques pertes purulentes. Cependant, elle n'a pas été alitée, ni soignée pour salpingite.

Février 1933. — Retard des règles de 3 semaines environ, puis pertes rouges de moyenne abondance, continuelles (pertes distillantes).

Brusquement le 12 Février, vive douleur abdominale, avec tendance syncopale, vomissements. Vue par le Docteur Paul FOURNIER, de Ceyrat, qui soupçonne une grossesse extra-utérine et adresse la malade au Pr. PIOLLET.

Examen. — Rupture type de grossesse extra-utérine, avec début d'hématocèle, douleur exquise au toucher du Douglas, épanchement abdominal peu important.

Opération d'urgence le 12 Février 1933, vers 18 heures. (Pr. PIOLLET).

Epanchement hématique du péritoine peu abondant, mais grosse masse de caillots cruoriques dans le bassin, entourant l'utérus et les annexes.

On trouve une grossesse tubaire gauche rompue avec placenta en voie d'évacuation par la déchirure de la trompe : l'embryon n'est pas trouvé au milieu des caillots. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauches ; la trompe est section-

née au ras de la corne utérine et la section soigneusement péritonisée. Drain et Mikulicz. Guérison sans incidents.

Après l'intervention, les règles viennent régulièrement tous les 28 jours et sont indolores. Elles durent 4 ou 5 jours.

En Octobre 1934, retard de règles de 3 semaines, avec douleur pelvienne sourde — puis apparaissent des pertes légères, purulentes, parfois légèrement hématiques. Température fébrile à 38 — 38°5 le soir. La malade consulte le Docteur Paul Fournier, qui conseille la mise en observation en clinique.

L'examen fait à ce moment, montre un utérus un peu augmenté de volume, un col ramolli, le corps refoulé à gauche. Rien du côté des annexes gauches. A droite, empâtement douloureux des annexes.

Il y a douté entre poussée annexielle droite ou récidive de grossesse extra-utérine.

Sur le désir formel de la malade, on la laisse en observation au repos au lit, avec glace sur le ventre. L'état reste inchangé pendant une dizaine de jours, avec toujours température subfébrile.

Le 3 Novembre 1934, douleur plus vive — empâtement douloureux du Douglas, légère défense de la paroi : l'intervention est décidée avec diagnostic de grossesse extra-utérine droite (récidive).

OPERATION (Pr. Piollet). — Grossesse tubaire droite rompue avec caillots déjà partiellement organisés et épanchement hémorragique plus récent. Il y a quelques adhérences intestinales lâches ; l'appendice iléo-coecal est accolé à la masse des caillots qui remplissent le Douglas. Evacuation des caillots et du sang. Hystérectomie subtotale avec ablation de l'ovaire droit et de la trompe droite, complètement dilacérée. Appendicectomie. Un drain pendant 48 heures. Guérison sans incident.

Depuis lors, la malade jouit d'une santé parfaite, mais n'a plus de menstruations. Quelques troubles ménopausiques combattus par l'opothérapie ovarienne.

OBSERVATION III

(Inédite)

Due à l'obligeance du Docteur Emile Girou

Mme X., nullipare, bien réglée jusqu'au 3 Juillet 1924 ; petites pertes de sang noirâtre, dès qu'elle monte en auto à la fin de juillet et au début d'août 1924.

Le 24 Août 1924, douleur en coup de poignard dans le ventre avec tendance à la syncope. Du 8 au 14 Septembre, petites pertes de sang noirâtre. Je l'examine à ce moment pour la première fois. Je ne sens pas nettement le fond de l'utérus, mais je sens contre son bord gauche une grosseur, douloureuse au toucher, du volume d'une petite amande. Cette grosseur est devenue le 3 Octobre, du volume d'un petit œuf. Le 14 Octobre, elle est grosse comme le poing, douloureuse, dure et tendue. De temps en temps, surviennent des douleurs brusques de l'abdomen. Je fais le diagnostic de grossesse extra-utérine en imminence de rupture. Mais auparavant, je demande une consultation. Le confrère, appelé, nie toute possibilité d'extra-utérine et préconise l'abstention. Les douleurs abdominales devenant plus intenses, je demande un autre consultant. Je propose le Docteur Levant, Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

M. Levant voit Mme X. le 18 Octobre. Il est de mon avis et intervient le jour même. Il trouve une grossesse extra-utérine de la trompe gauche tordue d'un demi-tour, tendue, prête à se rompre, déjà fissurée. Elle a déjà saigné dans le péritoine. Il résèque les annexes gauches. Suites opératoires normales.

Mme X. guérit au bout de 15 jours, reprend sa vie normale et ses règles se rétablissent très normalement. Les règles sont régulières jusqu'au 6 Août 1932. Pas de règles au début

de Septembre, mais à partir du 11 Septembre, petites pertes de sang noir. J'examine Mme X. le 15 Septembre 1932 (masse comme un œuf de poule qui me paraît située à gauche de l'utérus).

Le 6 Octobre 1932, crise abdominale douloureuse avec tendance à la syncope à 21 heures. Le 7 Octobre, nouvelle crise semblable à 15 heures. Le 8 Octobre, crise semblable à 9 heures. Je constate à ce moment que la masse que j'avais trouvée 15 jours plus tôt, a doublé de volume. Elle est tendue, douloureuse, prête à éclater. J'opère une heure plus tard et je trouve une grossesse développée dans la trompe droite, perforée avec un demi-litre de sang dans le péritoine.

Suites opératoires normales. Mme X. a repris son existence normale 15 à 20 jours après l'opération.

OBSERVATION IV

(Résumée)

Obligeamment communiquée par le Docteur Louis Simon

Mme X., mariée en 1920, à l'âge de 26 ans.

Des détails précis manquent sur ses antécédents héréditaires.

Habituellement bien réglée, ni fausses-couches, ni grossesse antérieures.

En 1921, les règles ne réapparaissent pas en Juin, mais aucun symptôme anormal ne porte cette personne à s'inquiéter jusqu'au mois d'août, où de petites métrorragies, accompagnées de douleurs discrètes, à droite, l'incitent à consulter un médecin qui diagnostique une salpingite et prescrit un traitement purement médical.

Brusquement et peu après, la malade fait une syncope, avec coup de poignard abdominal et présente tous les signes d'une grave hémorragie interne.

Transportée dans une clinique de Neuilly-sur-Seine, avec le diagnostic de rupture de grossesse tubaire que confirme l'intervention immédiatement pratiquée — salpingo-ovariectomie droite.

Suites normales jusqu'au 10e jour, où se produit un infarctus pulmonaire sans conséquences tragiques, puisque le 30e jour après l'intervention, elle quitte, guérie, la clinique.

Les règles réapparaissent bientôt régulières.

En 1922, presque un an, date pour date, après le premier accident, nouvel arrêt des règles, suivis bientôt de métrorragies. Son médecin habituel croit à un avortement et la laisse au lit sous la glace.

Persistance de minimes métrorragies, accompagnées de petites douleurs abdominales — dues vraisemblablement à une fissuration de trompe gravide, car un mois et demi, après l'arrêt des règles, nouveau coup de poignard, identique au premier, quoique moins douloureux.

Le même chirurgien la réopère ; il trouve une trompe gauche rompue et une hémorragie intra-péritonéale moins abondante que la fois précédente. Il se borne à pratiquer une salpingectomie.

Au 10e jour des suites opératoires, nouvel infarctus pulmonaire plus inquiétant que le premier, guéri cependant sans séquelles, et après 6 semaines de clinique, l'opérée peut reprendre sa vie normale.

Vue en Décembre 1935, se porte bien et nous apprend que jusqu'en 1932, elle a continué à être réglée quoique irrégulièrement.

A souligner, la coïncidence, peut-être fortuite, dans les dates des deux accidents, et le fait que l'on n'a point pensé, lors du deuxième à la possibilité d'une récidive d'ectopie.

OBSERVATION V

(Inédite)

Dûe à l'obligeance du Professeur Ad. Piollet

Mme X..., née en 1913.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler, si ce n'est que sa mère souffre d'ulcère variqueux.

Antécédents personnels. — Ictère catarrhal bénin à 16 ans. En 1930, appendicite aiguë et suppurée, opérée à Limoges.

Réglée à 16 ans après son ictère. Pas de fausses-couches, ni avant, ni après le 1er accident. De légères pertes blanches précédant les règles ont disparu depuis l'intervention pour la 1re grossesse ectopique.

PREMIER ACCIDENT. — Fin Mai 1934, cette jeune femme jusque là bien réglée, quoi qu'abondamment, n'a pas vu réapparaître ses menstrues depuis 7 semaines. Ce fait, joint à la constatation de légers troubles sympathiques, la porte à croire qu'elle est enceinte. Elle se porte très bien, sans pertes, jusqu'au matin du 29 mai, où se sentant fatiguée légèrement, elle reste au lit, seule dans son appartement.

Entre 8 et 9 heures, elle est prise d'une douleur abdominale violente avec état syncopal. Ses traits se pincent, elle éprouve des alternatives de frissons et de sueurs ; sa faiblesse l'empêche d'appeler à l'aide.

Quand son mari rentre vers 10 heures, elle veut aller à la selle et perd connaissance complètement. Elle éprouve toujours de violentes douleurs abdominales, son ventre est bal-

lonné, elle a quelques vomissements muqueux, frissons et sueurs se succèdent toujours.

Un médecin la voit vers 17 heures et demande un chirurgien en consultation. Celui-ci la fait transporter immédiatement dans une clinique de Limoges où elle est opérée à 22 heures, sous anesthésie générale au protoxyde d'azote.

On trouve une grossesse tubaire gauche rompue avec environ deux litres de sang dans le péritoine. On pratique une salpingectomie gauche et on met un drain pendant 4 jours.

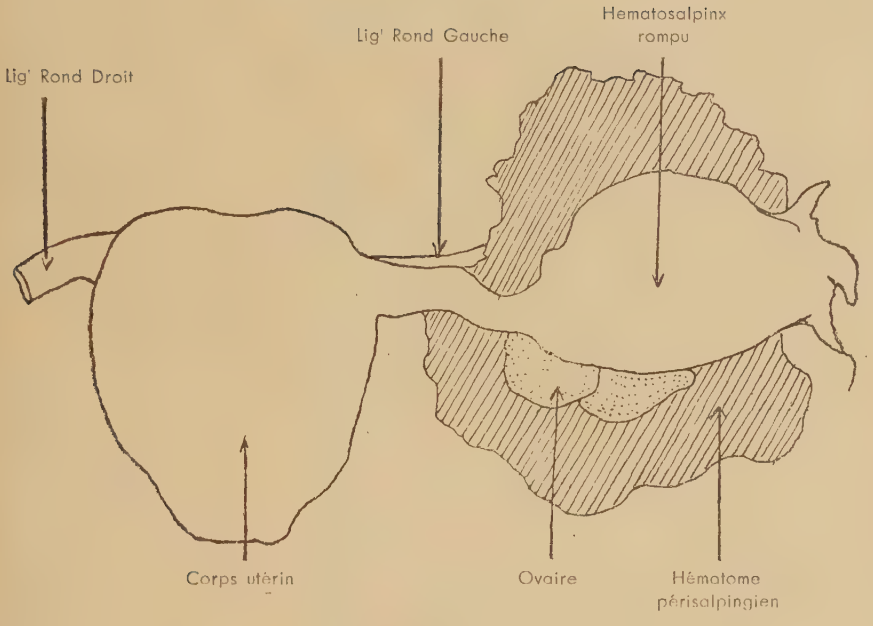
Les suites opératoires sont très simples. La malade remontée par des sérums et des toni-cardiaques, quitte la clinique le 15e jour et part en convalescence dans l'Allier. Ses règles reviennent régulièrement. Son état général est très bon; elle, jadis très constipée, a retrouvé depuis l'intervention, des fonctions intestinales normales.

DEUXIEME ACCIDENT. — Les règles reviennent normalement le 25 janvier 1936. Quelques jours après, des pertes surviennent pendant une matinée, puis arrêt de 2 jours et réapparitions irrégulières de petites hémorragies distillantes jusqu'au 13 février.

A ce moment, elle se surmène, car sa mère est malade, mais aucun trouble sympathique, la malade ne se sait pas enceinte.

Le 13, pertes, d'apparence normale, mais douloureuses, point sensible au côté droit.

Ce jour-là, un médecin la voit, qui la met au lit et prescrit des injections chaudes et fortifiantes. Il la revoit le 18, le 20, jour où elle expulse un caillot et une caduque, mais il ne change rien au traitement ; le 24, la malade se lève ; le 26, elle se sent fatiguée, le médecin la voit le 27 et ordonne glace et injections chaudes. La malade perd toujours assez abondamment, le soir du 27, elle voit un autre médecin, le Dr Giraud, qui au T. V. trouve une tumeur de la grosseur du poing, à droite, et prévient la malade qu'elle a neuf chances sur dix, d'être opérée. Il fait remettre la glace sur le ventre et recommande une surveillance stricte.



OBSERVATION V

Dessin demi-schématique. — Vue Antérieure

A aucun moment, la température n'a dépassé 37°8.

Vendredi 28 *février.* — Matin et après-midi très bonne. A 19 heures, se sentant un peu fatiguée, elle ne prend qu'un bol de bouillon. A 21 h. 15, douleurs vives, évanouissement, coup de poignard à droite — son mari fait le diagnostic de grossesse extra utérine et téléphone, d'urgence au Dr Giraud qui à 0 h. 30, fait transporter la malade immédiatement à la clinique des Neuf-Soleils.

A l'examen, on note, outre les signes généraux d'une hémorragie interne (pouls : 120, pâleur, angoisse, soif intense) un météorisme abdominal diffus, sans contracture et au T. V. un Douglas très douloureux, un utérus refoulé à gauche par une masse latéro-utérine droite, volumineuse et douloureuse, qui a doublé de volume, aux dires du Docteur Giraud, depuis l'examen du jeudi soir.

Opération. — Docteur A. Piollet.

Laparatomie médiane sous ombilicale, sous anesthésie générale à l'éther pur.

Adhérences épiploïques serrées qui sont libérées ou effondrées.

Epanchement sanguin intrapéritonéal moyennement abondant.

Grosse hématocèle droite, en voie d'enkystement, avec une quantité importante de caillots, qui sont rapidement évacués, et au milieu desquels on trouve la grossesse extra-utérine droite. C'est un hémato-salpinx volumineux et très étendu occupant toute la moitié externe de la trompe.

L'utérus refoulé à gauche forme une partie de la paroi médiane de l'hématocèle. Il est rapidement libéré et reconnu. Il n'existe plus aucune trace de la trompe gauche, dont la surface de section est invisible.

L'ovaire gauche, sain, est retrouvé — il a été maintenu en place après la première opération. Bien irrigué et ne présentant aucune trace de lésion scléro-kystique, il est conservé.

On fait rapidement une hystérectomie subtotale, avec castration droite complète — et péritonisation soigneuse. Assèchement de la cavité péritonéale après redressement de la malade.

1 drain de prudence dans le cul de sac latéro utérin droit, au centre de l'ancienne hématocèle.

Paroi refermée en deux plans serrés.

Suites opératoires. — Paraissent devoir être normales.

Sérothérapie (sérum physiologique et sérum glucosé additionnés de sérum de Normet) assez intensive pendant les premières 24 heures.

Le drain est enlevé le lundi 2 mars, un peu plus de 48 heure après l'intervention. Il n'a donné d'écoulement que le premier jour.

A noter, l'apparition de quelques bouffées de chaleur, qu'on combat immédiatement par l'absorption « per os » de de folliculine ovarienne.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Qu'il s'agisse de G. E. U. primaire ou secondaire, le problème reste le même et a fait couler beaucoup d'encre, ce qui est bien le signe qu'il est loin d'être résolu et que l'on n'a pas encore découvert la solution idéale s'appliquant à tous les cas.

Aussi, après, et sans doute avant, beaucoup d'autres, allons-nous nous contenter d'envisager une longue série d'hypothèses.

FACTEURS CONGENITAUX

Il est incontestable qu'ils ont une part, modeste, dans l'étiologie des G. E. U.

Ce peuvent être : un infantilisme de l'appareil génital, la présence de trompes bifides, de pavillons accessoires et borgnes. On a signalé la présence de diverticules, mais nous avons vu que ceux-ci pouvaient être la conséquence plutôt que la cause des gestations ectopiques. On a incriminé l'hypoplasie de la gauche musculaire, de la trompe qui entraverait le péristaltisme normal et physiologique de cet organe. De même, il est certain que pour la trompe comme pour l'uretère, il peut exister des coudures résultant de rapports anatomiques anormaux.

FACTEURS GENERAUX

Ils sont, nombreux.

Nous citerons :

Les troubles du système neuro-végétatif qui amèneraient des spasmes ou des ondes antipéristaltiques, constatés à l'examen radiologique des trompes injectées au lipiodol — et mettraient obstacle à la descente normale de l'ovule fécondé.

La syphilis. — Une seule observation de Bouilly et Lecene paraît établir son rôle. Cependant le grand nombre de femmes infectées du tréponème et le nombre relativement restreint de G. E. U. par rapport au total des gestations, permet de douter de l'importance de son rôle. D'autre part, ce n'est guère qu'au stade tertiaire que celle-ci peut léser gravement la trompe, et celui-ci n'est guère atteint, en général, qu'à l'âge où les fonctions génitales cessent d'être actives.

La tuberculose. — Il est exceptionnel que la tuberculose de la trompe soit à elle seule un facteur d'ectopie. On croit plus justement que c'est indirectement qu'elle intervient, par les brides et les adhérences laissées par une ancienne poussée de péritonite guérie.

FACTEURS INFLAMMATOIRES

Plaçons en tête l'infection gonococcique — métrite et salpingite — comme le fait Bernhard — qui tend de plus en plus à se répandre. C'est elle, de l'avis de nombreux auteurs, qu'il faudrait incriminer plus spécialement chez les femmes stériles avant leur première grossesse tubaire.

Il ne faut pas cependant être trop uniciste et il semble bien que divers autres microbes, pour ne citer que les plus courants, streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, colibacilles, doivent avoir une part de responsabilité qui n'est pas négligeable.

Ce ne sont d'ailleurs pas les grossses lésions inflammatoires qu'il convient d'incriminer, car, étendues, elles s'oppo-

seraient également à une grossesse normale et à une gestation ectopique, mais les petites poussées répétées.

L'avortement, de plus en plus pratiqué, est noté par A. Labhardt, dans 30 %, par Aulis Apajalahti dans 50 % de leurs observations de G. E. U., simples ou récidivées. Il est certain que la fausse-couche, surtout provoquée, s'accompagne de phénomènes inflammatoires, discrets — les curettages utérins qu'elle nécessite le plus souvent, lèsent la muqueuse utérine, même bien faits — et peuvent pertuber, par la production d'endométrite, les conditions normales de la nidation de l'œuf.

L'appendicite a été décrite comme facteur favorisant. Leith Murray, dans des opérations pour G. E. U., droite, a noté dans le tiers des cas, des altérations de l'appendice — en tous cas l'explication ne vaut rien pour la récidive.

On a incriminé les opérations antérieures sur le petit bassin, spécialement celles qui ont été suivies de drainage, parce que génératrices d'adhérences : c'est un facteur plutôt négligeable et qui intervient au maximum dans 1,5 % à 2 % des cas. Pour notre part, ainsi que le montre l'Obs. I, nous estimons que c'est là une étiologie aléatoire.

FACTEURS OVARIENS

A la suite de la découverte des secrétions endocrines et des fonctions internes de l'ovaire, on a recherché de ce côté des explications à la G. E. U.

S'appuyant sur le fait que ces grossesses se produisent chez des femmes relativement âgées dont les ovaires sont fréquemment scléro-kystiques, on a déclaré que des ovaires malades devaient donner des œufs malades et partant à évolution anormale.

La connaissance du corps jaune de la grossesse et de sa sécrétion destinée à préparer la segmentation et la nidation de l'œuf a suggéré une autre hypothèse.

S'il y a hypersécrétion, l'œuf est en état de s'implanter

avant d'être arrivé dans la cavité utérine ; que la muqueuse tubaire soit modifiée par la lutéine, la nidation se fait dans la trompe.

Le processus inverse d'hyposécrétion de lutéine expliquerait les cas d'implantation de l'œuf sur le segment inférieur et partant les diverses formes de placenta proevia.

En conclusion de ce long exposé, nous sommes obligés de reconnaître que certainement la cause de la G. E. U. n'est pas une, celle de sa récidive non plus.

On peut d'ailleurs admettre que la cause qui a favorisé le premier accident n'est pas obligatoirement celle qui a favorisé le second, car, si les mêmes causes doivent produire automatiquement les mêmes effets, comment expliquer qu'une grossesse normale ait pu précéder les accidents ou même s'intercaler entre eux ?

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'entreprendre la discussion sur les modes d'implantation de l'œuf dans la grossesse tubaire, il nous paraît opportun de poser en principe que :

a) Normalement le spermatozoïde et l'ovule se rencontrent dans la trompe, lors de la descente de ce dernier à travers celle-ci et que la fécondation s'y produit.

b) Un ou plusieurs facteurs — nous les étudierons plus loin — peuvent advenir qui empêchent ou retardent la descente de l'ovule fécondé et son implantation dans la paroi utérine.

c) L'attaque de la muqueuse par l'œuf au moment de son implantation n'est pas différente suivant qu'il s'agisse de la muqueuse utérine ou de la muqueuse tubaire.

d) Cependant physiologiquement et histologiquement, muqueuse utérine et muqueuse tubaire sont totalement différentes. Celle de la trompe ne subit aucune préparation à recevoir l'ovule fécondé, il n'y a pas d'endomètre épais où l'ovule puisse s'implanter.

e) La trompe est pauvre en stroma et ne peut résister à l'action digestive des trophoblastes de l'œuf.

f) La trompe est dépourvue de paroi musculaire épaisse qui s'hypertrophie pour entourer l'œuf.

On admet que l'ovule s'échappe hors du follicule de de Graaf, entouré de la zone pellucide et de cellules du disque proligère qui seraient destinées à la nourriture de l'œuf fécondé jusqu'à son implantation — qui n'est pas immédiate. — Il se forme alors à l'un des pôles de l'œuf une prolifération cellulaire, ou cône d'implantation, qui, par un processus de digestion s'attaque à la muqueuse, la pénètre et se fixe solidement.

Si donc, pour une raison quelconque — que nous examinerons — la migration est retardée, l'implantation se fera n'importe où, c'est-à-dire dans la trompe, dans la corne utérine.

La vérification de ces faits est très difficile à obtenir, car dans sa phase de début, la grossesse tubaire ne donne aucun symptôme, et quand on intervient, l'hémorragie a habituellement détruit toutes traces d'implantation.

Le développement de l'œuf va donc se faire, schématiquement selon l'un des processus suivants :

1° Vers la lumière de la trompe. C'est le « Luminal type » décrit par les auteurs américains, celui qui donnera le plus souvent un avortement tubaire ;

2° Vers la paroi de la trompe — « Mural type » ;

3° A la fois, vers la lumière, et vers la paroi de la trompe « Lumino-mural type ».

Le blastocyte implanté s'attaque aux tissus de la trompe de la même façon qu'à ceux de la paroi utérine, or, Teacher nous apprend que « l'embryon détruit l'épithélium utérin dans son voisinage immédiat et les tissus sous-jacents dans une proportion suffisante pour ouvrir les vaisseaux maternels, dont le sang s'écoule dans l'espace compris entre l'œuf et la déciduale ».

Dans l'utérus, ce saignement se fait en l'espace clos, puisque la paroi s'est refermée sur le point de pénétration ; la présence du trophoblaste empêche la coagulation et le sang finalement retourne à la circulation maternelle.

Transposons ce processus sur le plan tubaire en l'appli-

quant aux types schématiques décrits et, voyons, quelles conclusions nous en pourrons retirer.

Dans le premier cas « luminal type », l'œuf est rapidement projeté vers la cavité de la trompe, et très peu fixé à la paroi de celle-ci. Le trophoblaste, en quête de vaisseaux nourriciers, s'attaquent aux plis muqueux et rapidement l'épithélium disparaît.

Mais l'œuf projeté dans la lumière tubaire, n'est plus, comme dans l'endomètre, en cavité close, et dès les premiers petits capillaires ouverts, l'hémorragie se produit dont le sang va chercher une issue soit vers l'extérieur, du côté du péritoine, soit vers l'intérieur et venir distiller à la vulve, quoique certains soient plutôt d'avis que les pertes de la grossesse extra-utérine sont dûes à la congestion de la muqueuse utérine.

Cette issue du sang vers le péritoine explique bien en tous cas le mécanisme de l'avortement tubaire. Il est vraisemblable d'admettre que les cas de rétention abdominale de fœtus morts et calcifiés pendant de longues années — 2 ans, dans un cas récemment observé dans le service du Professeur Piollet — découlent de ce mode de nidation de l'œuf.

Il est également logique de penser que cette hémorragie donnera les premiers symptômes, soit par irritation péritonéale, soit par distension de la trompe, si le sang ne peut s'écouler du côté de la lumière, et l'on a le type décrit sous le nom d'implantation en colonne.

Mais si l'œuf se développe normalement, alors que la trompe arrive à s'accommoder progressivement, on peut voir la grossesse arriver à terme ou près du terme, ce qui n'est pas exceptionnel.

Dans des cas semblables, la rupture est rare, car, ainsi que nous l'avons déjà dit, ou l'hémorragie irritera le péritoine, ou elle distendra la trompe, amenant de violentes coliques expulsives, et un diagnostic d'intervention sera posé, avec un diagnostic étiologique, vrai ou faux.

Avant d'aborder le deuxième type dit « mural » d'implantation de l'œuf, signalons pour être complet, ce qu'Aschoff

a décrit sous le nom de forme centrifuge de la grossesse extra utérine, où le développement de l'œuf se faisant circulairement, entoure presque complètement la lumière tubaire.

Dans le type « mural », le trophoblaste s'insère sur la paroi de la trompe exactement comme il le ferait dans l'utérus, il est donc en cavité close.

Que les capillaires attaqués laissent sourdre l'hémorragie, celle-ci ne peut s'écouler dans le péritoine ni dans la lumière de la trompe. Peu abondante, elle servira à la nourriture de l'œuf ; plus importante, celui-ci sera décollé, mourra et se résorbera, et l'on aura alors un de ces hématosalpinx, à symptômes nuls ou discrets, souvent découverts et traités longtemps après l'accident.

Mais si la croissance de l'œuf se poursuit, les villosités envahissent la musculature de la trompe — rarement on trouve dans celle-ci une déciduale, aussi sa résistance à l'envahissement est-elle minime — il y a des plages où les cellules de l'œuf sont directement au contact de la séreuse. Cette séreuse, les villosités peuvent la perforer et par le pertuis ainsi formé, l'hémorragie, plus tard s'écoulera dans la cavité péritonéale. Bandler estime que dans la majorité des cas, ce qui est baptisé « rupture tubaire », est en réalité une perforation produite par les villosités. Son opinion n'est pas sans échos.

Dans de nombreux cas, cependant, avant que l'érosion soit assez importante pour altérer profondément la paroi tubaire, il arrive qu'un vaisseau de gros calibre est détruit, l'hémorragie, alors immédiate et abondante, dans cet espace clos, amène la rupture brusque de la trompe amincie, et gicle à gros bouillons, dans le péritoine, amenant le tableau clinique de la rupture cataclysmique.

Si, par hasard, la paroi est assez solide pour résister, l'œuf, sous la pression du sang, est chassé du côté de la lumière tubaire, mais il semble bien que ce soit là, une exception dans le cas d'implantation murale pure.

Dans le troisième type d'implantation, toutes les combinaisons des deux formes précédentes peuvent se rencontrer

en des proportions variables, donnant toute la gamme, si riche et si complète, des formes cliniques, les plus variées, et parfois les plus inattendues.

Dans la majorité des cas, certainement, c'est ce type d'implantation qui est en cause.

Comme conclusion de ces données anatomo-pathologiques, il semble que nous pouvons tirer les déductions suivantes :

Plus l'implantation de l'œuf sera rapproché du pavillon et de l'ampoule tubaire, plus nous aurons de chances de voir se former une hématocèle avec ou sans avortement tubo-abdominal — le syndrome cataclysmique étant dans ce cas une exception — le développement secondaire d'une grossesse abdominale demeure possible.

Quand, au contraire, la nidation de l'œuf se fait en un point plus proche de l'ostium utérium, nous avons plus de chances de voir, ou la mort de l'œuf avec hémato-salpinx, ou la rupture précoce cataclysmique qui sera souvent le premier symptôme.

Un dernier mot, enfin, sur les diverticules tubaires rencontrées par certains auteurs qui les rangent parmi les facteurs de grossesse extra-utérine ; que ces diverticules existent et soient un facteur étiologique d'ectopie, on ne saurait le nier, mais c'est extrêmement rare. Logiquement, on peut admettre que dans le type mural pur, et dans certains cas de résistance spéciale de la trompe à l'érosion, ils sont dûs à l'érosion produite par le trophoblaste implanté que la muqueuse tubaire entoure, comme le ferait la muqueuse utérine. Aussi, avec J. W. Williams, pensons-nous, qu'ils sont la conséquence, plus souvent que la cause, de la nidation tubaire de l'œuf.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Il est bien évident — et il peut paraître superflu de le préciser — que le diagnostic de gestation extra-utérine récidivante ne diffère de celui de grossesse extra-utérine, primaire, que par la réapparition à un intervalle plus ou moins éloigné, de symptômes ou d'accidents, sinon identiques, du moins assez semblables.

Aussi ce que nous allons exposer, s'applique à la récidive comme au premier accident.

Poser le diagnostic de grossesse extra-utérine, c'est poser un diagnostic d'intervention immédiate.

A. — AVANT LA RUPTURE

Il n'y a pas de signe pathognomonique de grossesse extra-utérine. Ce n'est que par la recherche patiente d'un faisceau de petits signes d'inégale valeur d'ailleurs, par leur assemblage minutieux, et aussi grâce à un certain flair clinique — fruit d'une longue expérience — que l'on arrive à poser le diagnostic exact, d'où automatiquement découle : « l'impératif opératoire ».

H. Mondor se déclare : « Convaincu du grand nombre de grossesses ectopiques ignorées, avant et pendant leurs plus gros accidents ; avant, parce que l'on attend, à tort, des signes francs de grossesse et des signes topographiques de grosseur

latéro-utérine ; pendant les accidents aussi, parce que l'on attend des signes cataclysmiques qui ne sont pas la règle. On veut à la maladie dans ses débuts une symptomatologie trop parfaite, et aux complications une gravité qui au lieu d'être évidente, est souvent cachée ».

C'est évidemment l'interrogatoire qui devrait nous donner les plus utiles renseignements.

Mais cet interrogatoire, il le faut long, détaillé, ne pas hésiter à poser mille et mille questions à la malade, l'amener à préciser de minimes détails qui peuvent avoir une grande importance. Il ne faut pas oublier que devant un retard de règles même bref, il a pu y avoir des tentatives d'avortement fructueuses ou infructueuses que la consultante souvent taira.

D'ailleurs à la question posée sur la raison qui l'amène à consulter, elle répondra : « C'est pour des pertes », ou « pour des douleurs », ou « pour l'estomac, les reins, la vessie ».

Un des signes les plus fréquents — 93,7 % des cas pour MM. Meylan et Mossadegh — serait l'anomalie, et non pas retard des règles

Effectivement ce sera le plus souvent pour une perte apparue avant la date des menstrues et non à cause de la disparition de celles-ci que l'on verra la consultante. Voilà venu le moment, de lui faire préciser la nature de ces hémorragies — distillantes, de sang poisseux et chocolat, ou hémorragie rouge à caillots, mêlée de débris.

Les douleurs — « les attendre, c'est aimer les désastres » — seront rarement telles qu'à elles seules elles amènent les malades à s'inquiéter. Il faut s'ingénier à faire préciser leur répétition, leur caractère, mais 9 fois sur 10, la réponse sera : « C'est une simple pesanteur, un poids, un point ».

L'interrogatoire, mené à terme, bien ou mal, il importe de passer à l'examen gynécologique — complet et très doux — sinon le médecin risque de déchaîner lui-même la catastrophe.

On fera un toucher combiné au palper.

Le col est le plus souvent légèrement ramolli, plus ou

moins entr'ouvert, parfois dévié. Le corps plus ou moins antefléchi, un peu gros et ramolli.

Ce qui est plus intéressant, c'est à l'examen des culs de sac de trouver une tumeur juxta-utérine, de grosseur variable — un gros crayon, une noix, une mandarine.

Cet examen — surtout si l'on redoute une grossesse extra-utérine — il faudra le pratiquer à intervalle rapproché ; deux, trois fois et plus si nécessaire sur la malade mise au lit, une vessie de glace sur l'abdomen, et noter soigneusement les modifications de volume et de consistance de cette tumeur. Souvent c'est le rapide accroissement de celle-ci, entre deux examens successifs qui amènera la justesse du diagnostic. Une de nos observations (Dr E. Girou) en est une preuve typique et vérifiée. Il est bien évident que la constatation de tels signes, souvent aidée par l'intuition du médecin ou du chirurgien, commande après observation soigneuse et en cas de doute persistant, une intervention chirurgicale. Le shock opératoire, si toutes les précautions ont été bien prises, est normalement inexistant, et fait courir, en tous cas, moins de risques à la malade, qu'une complication, ou brutale, ou sournoise, qui, toujours, risque de mettre sa vie en danger.

B. — APRES LES COMPLICATIONS

Si la malade fait une hémorragie cataclysmique, avec une inondation péritonéale, si elle a cet aspect classique, mille fois décrit dans les questions d'internat, après la douleur abdominale, brutale, faciès cireux, respiration courte, extrémités froides, pouls filant accompagné de syncope, pas de fièvre, le diagnostic sera vite posé, et seulement par acquit de conscience, on recherchera par le toucher vaginal, le cri du Douglas.

Parfois au shock brutal du début succède un mieux être apparent, aidé plus ou moins par la glace et les toni cardiaques distribués en abondance et pendant un temps variable, ce mieux subsistera pour faire place à une nouvelle alerte, car il est des ruptures en deux et trois temps et il n'y a souvent

qu'une fissuration qui laissant sourdre peu à peu l'hémorragie, amènera la formation de l'hématocèle pelvienne moins facilement décelée.

Ce sera le cas de la malade subfébrile qui se plaint de douleurs, de pesanteurs vagues dans la région du petit bassin, elle aura un peu de ténesme, de douleurs à la miction.

Le palper montrera — pas toujours — un empâtement douloureux de l'hypogastre, un peu de ballonnement intestinal ; le toucher donne un col remonté sous la symphyse, le corps est difficilement repérable.

Dans le cul de sac postérieur, on trouve un empâtement, tantôt ligneux ou cartonné, sans limite précise. tantôt des alternatives de résistance et de dépressibilité, et le doigt explorateur par sa pression y produit une douleur exquise qui arrache un cri à l'examinée.

On pourra rechercher le signe de Solowij : c'est une résistance spéciale due à l'épanchement, mais difficile à apprécier. Ody a donné le nom de « cri vésical » à la douleur intense provoquée chez ces malades par la miction ou le cathétérisme.

Notons simplement au passage le signe de Cullen et le signe de Laffont, ou de la douleur tardive élevée qui siège au niveau de l'épaule, ou à la partie supérieure du dos ou de la poitrine, douleur homolatérale ou croisée, qui n'est pas pathognomonique de la grossesse extra-utérine, mais que certains auteurs comme MM. Meylan et Mossadegh déclarent avoir rencontré chez 45,6 % de leurs grossesses ectopiques.

La recherche de signes d'anémie, souvent progressive, de même que la baisse de la T. A. n'est pas à négliger.

L'interrogatoire fera utilement préciser si la maladé a eu non pas des syncopes, mais des tendances fugitives à la syncope. Quelquefois pour lever un doute, on pratiquera la ponction du Douglas.

C'est une méthode simple qui peut donner de précieux renseignements, si elle est positive, mais qui, négative, n'exclut pas une réalité d'hématocèle. Sa simplicité ne doit pas faire oublier les dangers réels qu'elle présente — on a vu des

malades mourir par suite d'une hémorragie cataclysmique au cours de la ponction, sans qu'on ait eu le temps d'intervenir. Aussi, ne doit-on ni la pratiquer systématiquement, ni en dehors d'un milieu hospitalier.

Mais surtout qu'on nous permette d'insister sur un point du problème diagnostic de la gestation tubaire récidivante, et que nous n'avons vu souligner dans aucun des traités classiques de gynécologie.

Quand nous nous trouvons en face d'une femme — en période d'activité génitale — déjà laparotomisée pour une première grossesse ectopique, rompue ou non, il faut penser à la possibilité d'une récidive, alors qu'il semble, qu'au contraire, on est plutôt porté à négliger cette hypothèse, comme si une première atteinte conférait l'immunité.

Ce simple rappel peut, par le bon aiguillage donné, permettre de découvrir une gestation tubaire avant le stade des complications et de substituer aux risques d'une intervention précipitée, les chances d'une opération relativement bénigne et faite en toute tranquillité d'esprit.

C. — LES DIAGNOSTICS DE LABORATOIRES

I. — TESTS NON SPÉCIFIQUES

Malgré toutes les recherches cliniques pratiquées, malgré toute la peine prise par le médecin pour résoudre le problème, il se trouve des cas où le diagnostic balance encore. Là, alors il y a gros intérêt à se tourner vers le laboratoire lui demandant la confirmation ou le rejet de nos hypothèses.

Signalons, pour mémoire, le dosage de l'hémoglobine et la numération globulaire qui nous fixeront sur le taux de l'anémie.

La recherche de la vitesse de sédimentation globulaire est une méthode utilisée pour le diagnostic de nombreuses affections.

Des auteurs Allemands et Américains ont tenté de voir quelles modifications elle peut subir au cours de différents états gynécologiques et obstétricaux.

Il semble bien, en effet, que la vitesse de sédimentation augmente dans les grossesses utérines et extra-utérines, mais elle paraît augmenter dans des proportions peu différentes, dans les affections gynécologiques aiguës ou chroniques.

Gragert a essayé d'élaguer des barrières entre ces deux sortes d'affection en s'appuyant sur les variations de la leucocytose, mais l'aide apportée par celle-ci semble tellement minime et précaire que Farrar demande au thermomètre d'intervenir pour lever le doute entre salpingite et grossesse extra-utérine.

Aussi, à notre avis, et jusqu'à plus ample informé, la recherche de la vitesse de sédimentation et la leucocytose ne saurait s'imposer.

Avec un tout autre intérêt, au contraire, nous devons envisager les tests biologiques de la grossesse.

II. — RÉACTIONS BIOLOGIQUES

Depuis longtemps, accoucheurs et biologistes s'efforçaient à trouver une réaction caractéristique de la grossesse, sans grand résultat pratique.

Ce n'est qu'en 1928, que Ascheim et Zondek arrivèrent à un résultat positif et pratique. Les premiers, ils firent connaître que l'urine de femme enceinte contient en quantité importante et dès les premiers jours de la gravidité, une substance analogue à l'hormone préhypophisaire. La présence et la qualité de celle-ci sont mises en évidence, par injection de l'urine de femmes enceintes à des souris femelles impubères. On obtient : le déclanchement précoce de la puberté, la formation dans l'ovaire de follicules hémorragiques et de corps jaunes.

On vit alors, à côté de cette réaction princeps, toute une floraison de nouvelles méthodes biologiques de diagnostic de grossesses, pour la plupart ne différant de celle d'Ascheim-Zondek que par les animaux choisis comme tests ou par la substitution du sang à l'urine comme liquide d'épreuve.

Nous citerons :

1° La réaction de Brouha-Hinglais-Simonnet qui, imaginée, après celle de Asheim-Zondek, a été publiée en 1929.

On utilise l'urine du matin, recueillie aseptiquement, que l'on injecte pendant 4 jours consécutifs sous la peau de souris mâles âgées de 4 semaines. S'il y a gravidité, on a une augmentation des testicules et un quadruplement ou quintuplement de volume et du poids des vésicules séminales, qui sont gorgées d'une secrétion liquide et blanchâtre.

2° La réaction de Brouha-Friedmann, qui date de 1931.

L'animal utilisé est la lapine adulte de deux mois au moins.

Après une laparotomie exploratrice nécessaire pour vérifier l'intégrité des ovaires, on injecte, dans la veine marginale de l'oreille, matin et soir, deux jours de suite, 5 cc. d'urine. Deux jours, au moins, ou trois après la première injection, on constate par une nouvelle laparotomie, l'état des ovaires. Si la réaction est positive, ceux-ci sont bosselés par des follicules hémorragiques et augmentés de volume.

Ces réactions donnent des résultats confirmés dans 98 % des cas.

Le dosage des unités, rat ou lapine, contenues dans l'urine employée, donne encore plus de certitude en ce sens, que l'on arrive à différencier l'œuf mort, de la grossesse en évolution, et de la mole hydatiforme.

3° D'autres réactions ont été publiées que nous citerons pour mémoire, celles de L. Binet, J. Verne et F. Luxembourg, qui utilisent pour test les mélanocytes de l'écaille de poissons.

— celle de Manoiloff, actuellement considérée comme non spécifique.

— celle de H. Hoffmann, qui ne diffère de celle de Brouha-Friedmann que par l'injection à la lapine, d'un mélange sérum-sanguin-éther, au lieu d'urine — le résultat serait obtenu au bout de 24 heures.

Woldemar Reiprich, Bruhl et Hollstein se sont efforcés en partant des mêmes prémisses que les auteurs précédents, à diminuer l'attente des résultats.

Bercowitz, enfin, vient de publier une méthode pratiquement instantanée de diagnostic de grossesse. Il fait une instillation conjonctivale de sang, citraté à 10 %, de femme enceinte — à celle-ci ou à un témoin quelconque même masculin — il obtient dans les deux minutes : soit un myosis (60 %) soit une mydriase (40 %), en cas de positivité. Sa réaction donnerait environ 90 % de réponses justes, même dans des cas de grossesse extra-utérine, et ce, à partir du 8e jour après les dernières règles.

Nous avons donc, à notre disposition, pour infirmer ou confirmer, un diagnostic de gestation de précieux auxiliaires.

Tous les auteurs — et ils sont nombreux — qui ont eu recours à l'un ou l'autre procédé, sont d'accord pour reconnaître son utilité et son exactitude, à condition, toutefois, qu'il n'y ait pas mort de l'œuf ou coexistence de grossesse utérine et extra-utérine.

Dans ces cas douteux, le dosage des hormones de l'urine peut permettre de faire le diagnostic d'œuf mort.

Svet. S. Barjaktarovic affirme que l'étude des ovaires de la lapine faite 36 à 48 heures, après une injection intraveineuse d'urine du matin, permet de préciser le diagnostic entre la grossesse normale et la grossesse extra-utérine. Dans cette dernière éventualité, les ovaires présentent des follicules moins enflammés et une hémorragie intra-folliculaire faible. De même, la forte hypérémie des organes génitaux internes qui s'observe toujours dans le cas de grossesse utérine, n'existe pour ainsi dire pas quand la grossesse est extra-utérine.

Il donne, de ce fait, l'explication suivante : la réaction n'est pas due à la présence d'une hormone hypophysaire, mais

à celle d'une hormone placentaire ou peut-être même choriale. Le faible développement du chorion dans la grossesse extra-utérine ne permet qu'une faible élimination de l'hormone et partant, une réaction également faible.

Il semble bien que les réactions biologiques de la grossesse apportent à défaut de certitude absolue — des arguments de poids dans le diagnostic délicat de gestation tubaire, soit positif, soit différentiel.

CHAPITRE VI

FORMES CLINIQUES
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La grossesse extra-utérine simulant dans ses manifestations cliniques la plupart des affections gynécologiques ou du petit bassin, il nous a paru plus simple et plus logique, de marquer, à propos de chaque forme clinique, les éléments différentiels du diagnostic.

I. — L'INONDATION PERITONEALE

Par rupture ou avortement tubaire est en général facile à diagnostiquer ; cependant il faut bien savoir qu'elle ne comporte pas obligatoirement le grand drame cataclysmique.

Il ne faut pas plus exiger le tableau le plus dramatique, qu'il ne fallait au début, attendre les signes purs de grossesse ou d'ectopie.

M. Lenormant a mis en évidence : les inondations péritonéales sans symptômes menaçants, caractérisées : 1° par l'absence ou la discrétion extrême du syndrome anémique ; 2° l'absence presque constante de la douleur exquise du Douglas ; 3° l'existence d'une tuméfaction annexielle distincte de l'utérus.

Si l'erreur se fait avec une torsion de la trompe, une

rupture ou une torsion de kyste de l'ovaire, le malheur n'est pas bien grand, puisque l'indication opératoire se pose avec une aussi impérieuse urgence.

II. — FORME PSEUDO-PERITONITIQUE

Là, nous trouvons des douleurs vives, diffuses, succédant au coup de poignard, le thermomètre marque 39°. Il y a des vomissements verts, arrêt des gaz, un minimum de décoloration du visage, de l'hypéresthésie cutanée, de la contracture. Tous ces symptômes, chez une femme jeune, ayant un passé génital, amèneront à diagnostiquer une péritonite par perforation ou une pelvi-péritonite.

Si l'on pense, à la perforation, on interviendra et le mal ne sera pas bien grand. Dans le cas, où l'on dit : pelvi-péritonite, on ordonnera repos au lit et glace sur l'abdomen ; si les circonstances sont favorables, tout s'arrangera momentanément, et le diagnostic sera redressé au moment de la ponction du Douglas ou de la colpotomie, mais si les événements tournent mal...

Ce tableau se rencontre dans certains cas où au processus hémorragique s'associent précocement des phénomènes infectieux.

Pratiquement, nous n'avons qu'un seul élément de discrimination, la recherche du ventre de bois, contracture ferme et généralisée de toute la paroi, qui est exceptionnelle dans les inondations péritonéales. Encore faut-il ne pas appeler contracture ce qui est tension, résistance et ne pas palper un ventre douloureux avec des mains trop appuyées, ainsi que le souligne M. Mondor.

III. — FORME PSEUDO-OCCLUSIVE

Pinard très justement avait noté : que des signes d'occlusions au début d'une grossesse devaient faire penser à une grossesse extra-utérine.

Souvent, en effet, on aura un tableau d'iléus paralytique: douleur, vomissements, arrêt des gaz, ballonnement, tympanisme, anses distendues, les signes d'anémie étant discrets ou nuls.

On aura fait parfois un lavement baryté ou un lavement électrique sans résultat, et c'est en reprenant minutieusement l'interrogatoire, en constatant l'absence de contractions péristaltiques et la distension douloureuse du Douglas que l'on redressera son erreur.

IV. — FORME PSEUDO-ABORTIVE

Sans doute, celle qui renferme le plus de pièges. La femme avoue un retard de règles, elle a eu une douleur vive, elle a perdu ; quelquefois même se sachant enceinte, elle a été voir une matrone ou a pratiqué elle-même quelques manœuvres destinées à « faire passer le germe », elle le dit, ou tout au moins le laisse deviner.

Toucher. — Col mou, entr'ouvert, utérus un peu gros : immédiatement laminaires ou bougies de Hégar, et curette. Celle-ci ne ramène pas grand'chose. Mais, attention ! souvent le curettage amène une nouvelle hémorragie, qui peut être une inondation péritonéale brutale : si cette hémorragie se fait sur la table d'opération, en présence du chirurgien, c'est un moindre mal : il pratiquera aussitôt la laparotomie nécessaire. Mais si cette hémorragie se produit quelques heures plus tard, ou si l'intervention a été faite à domicile, loin des secours chirurgicaux, le curettage risque d'aboutir à une catastrophe.

Autres éventualités, la malade fera une rupture en deux temps, un avortement tubo-abdominal, sans grande hémorragie interne, une apoplexie ovulaire, un hémato-salpinx.

Ce sera le résultat négatif du curettage qui redressera le diagnostic, cette manœuvre que Mac Leod préconise, associée à l'examen microscopique de la muqueuse, mais qui est pleine de dangers, immédiats et lointains, par les modifications histologiques qu'elle crée dans l'utérus.

Mieux vaut être pénétré de cet axiome : « Toute femme présentant le tableau clinique d'un avortement probable, imminent ou incomplet, doit être examinée avec l'idée qu'il peut s'agir d'une grossesse extra-utérine, surtout, si les douleurs sont latérales et non médianes, comme la douleur du fond de l'utérus, habituelle dans la fausse-couche ».

V. — FORME PSEUDO-SALPINGIENNE

Le palper bimanuel a révélé une masse latéro-utérine, ou un empâtement diffus péri-utérin. Est-ce grossesse extra-utérine, est-ce salpingite ? Plus exactement, il s'agit d'éliminer tous les cas de tumeurs juxta-utérines, fibromes pédiculés, kystes de l'ovaire, simples ou tordus, torsion des annexes saines ou malades.

Ici, le diagnostic exact est d'une importance capitale, puisque dans la salpingite, opérer à chaud est aller au devant des catastrophes, alors que dans la grossesse extra-utérine, temporiser, c'est signer un arrêt de mort presque fatal.

Il faut alors se souvenir de toutes les embûches tendues par des symptômes anormaux, par des anomalies de l'évolution anatomique, par des enkystements, de siège anormal, de gestations tubaires ; on rencontre des hématomes principaux: anté-utérin, méso-coeliaque, sous péritonéal, dans le ligament large, et même pelvi-pariéto-colique gauche, droit ou bilatéral.

Il arrive aussi que la fièvre, l'état du ventre, le toucher, sont, dans l'un et l'autre cas, sans aucune nuance.

Force est de se rabattre sur des signes accessoires, comme le signe de Nard, ou : constatation à jour frisant, d'une voussure ombilicale unilatérale croissant sous la glace dans le cas d'hématocèle. On recherchera la leucocytose sanguine, sans cependant attacher à ce procédé une importance capitale, mieux vaut, nous semble-t-il, faire une réaction biologique.

VI. — FORME PSEUDO-APPENDICULAIRE

Prendre une grossesse extra-utérine, pour une appendicite, a été une erreur fréquemment faite.

On est trompé souvent par certains symptômes paradoxaux, telles les douleurs croisées, par « les protestations indignées des veuves, et les dénégations formelles des demi-vierges » qu'on interroge, comme le notait Cestan.

De petits signes, comme la tendance à l'anémie, le pouls, les états syncopaux, les troubles pelviens peuvent remettre dans la bonne voie.

D'ailleurs, si le médecin n'est pas un « attentiste » dans les appendicites aiguës, il fera opérer et l'intervention réparera l'erreur.

Cette erreur est d'ailleurs pratiquement impossible à éviter dans les cas de grossesses ovariennes, où les accidents précoces se produisent avant tout retard de règles, où l'hémorragie est progressive ou en plusieurs temps. Erreur facile encore dans les ruptures de kystes lutéiniques, et les hémorragies péritonéales chez les hémogéniques.

VII. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE LA GROSSESSE UTERINE

C'est là un cruel dilemne — et il ne faut point compter sur le laboratoire pour l'éclaircir — qui se pose à tous les stades de la grossesse extra-utérine, avant la rupture, le jour de l'accident brutal ou dans les jours qui suivent.

On trouve une grosse masse ; est-ce un utérus gravide, ou un fibrome mou, une coïncidence de salpingite, de grossesse, ou une gestation ectopique ? On hésitera parfois longtemps, car, ne l'oublions pas, assez fréquemment, un corps jaune de grossesse peut subir une dégénérescence kystique et donner ainsi une tuméfaction juxta-utérine.

Une retro ou latéro-flexion de l'utérus gravide peut nous faire errer.

Cette anomalie de la grossesse utérine qu'est la grossesse angulaire est d'une grande difficulté diagnostique. Citons les signes différentiels proposés. Pas de ramollissement isthmique ou signe de Hégar classique, mais bande de ramollissement, faisant charnière qui permet à la corne une mobilité relative sur l'utérus : Signe de Hégar supérieur. Tuméfaction antérieure et latérale dans la grossesse angulaire, postéro-latérale dans la grossesse extra-utérine, recherche de l'insertion du ligament rond, qui serait en dehors, dans la grossesse angulaire, en dedans dans la grossesse tubaire. Mieux vaut, semble-t-il, rechercher les changements de consistance et de volume de la tuméfaction en cause.

Pour identifier la grossesse interstitielle, de nombreux signes ont été proposés. Le plus sûr semble être celui de Bar, recherché en position déclive, suivant les conseils de MM. Douay et Lapeyre. « Tumeur retro-utérine, grossesse tubaire, tumeur pré-utérine, grossesse angulaire ou interstitielle : angulaire, si la tuméfaction est alternativement dure et molle ; interstitielle, si elle est molle continuellement ».

VIII. — LES HEMORRAGIES OVARIENNES INTRA-PERITONEALES NON GRAVIDIQUES

A cause de leur symptomatologie qui épouse volontiers celle des formes pseudo-appendiculaires de grossesse extra-utérine, nous aurions pu les classer à ce paragraphe.

Mais dans le désir de les mieux mettre en évidence nous avons voulu les isoler en fin de ce chapitre.

C'est un syndrome jusqu'ici assez peu connu, sérieusement étudié depuis 8 à 10 ans au plus. De fréquence mal établie, il survient, au cours de la période de plus grande activité du cycle génital, quoique assez fréquemment chez des vierges. Son apparition se fait plus volontiers aux environs du quinzième jour de l'intermenstruum, ou de l'approche immé-

diat des règles. Quant à sa cause, de nombreuses hypothèses ont été émises avec plus ou moins de justesse.

Sa symptomatologie se calque soit sur celle de l'appendicite, soit sur celle de la rupture de grossesse tubaire. On a vu des formes pseudo-occlusives, ou des formes atténuées et aussi des récidives.

En pratique, le diagnostic clinique n'est jamais posé exactement, et c'est l'intervention qui permet de le faire ; souvent il faut l'examen histologique de la pièce pour éliminer la possibilité d'un avortement tubo-abdominal ou d'une grossesse ovarienne, et ainsi parfois on pourra annihiler les soupçons d'un fiancé ou d'un mari vagabond, devant une hémorragie intra-péritonéale.

Toutes ces formes cliniques successivement examinées, nous avons des chances de les trouver dans la pratique. L'accident primaire et l'accident secondaire pouvant être identiques ou totalement différents, l'un une véritable grossesse tubaire rompue, l'autre une simple hémorragie ovarienne non gravidique, comme cela a dû se produire quelques fois et passer au compte des grossesses extra-utérines récidivantes.

Répétons que toutes ces formes peuvent se rencontrer dans une grossesse extra-utérine récidivante. Là, nous avons un commémoratif certain : une première grossesse ectopique. En présence de nouveaux accidents génitaux, ce commémoratif ne doit pas faire rejeter le diagnostic de récidive, mais au contraire, devra y conduire.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Il est bien entendu que nous n'envisageons ici que le pronostic de la G. E. U., opérée, car laissée à elle-même, elle aboutit à des désastres.

I. — IMMEDIAT

Dans les accidents primaires comme dans les récidives, le chiffre des issues fatales est assez faible. Bien qu'il soit généralement admis que ce sont là des statistiques à ne pas étaler, il semble assez exact de tabler sur une mortalité d'environ 2 % dans l'un et l'autre cas. Ce taux pourrait et devrait baisser encore si le diagnostic était posé avant les complications de rupture ou de fissuration.

Les suites opératoires ne sont pas toujours exemptes d'ennuis. Les plus fréquentes sont : une infection secondaire due le plus souvent à une infection salpingienne incomplètement refroidie ; la phlébite, corollaire de trop d'opérations sur le petit bassin, qui peut provoquer l'apparition d'infarctus.

II. — ELOIGNE

Après la première atteinte, on estime que les malades ont une chance de récidive, contre 4 de grossesse normale ultérieure. Les autres paraissent vouées à la stérilité.

Les auteurs américains ont essayé de traiter cette stérilité par l'insufflation tubaire. Ils ont eu des succès et grâce à cette même méthode, ils se sont rendus compte que, lorsque pour obtenir la perméabilité tubaire, il était nécessaire d'utiliser des pressions entre 150 et 200 $^{m/m}$ Hg, la grossesse qui survenait par la suite était presque fatalement ectopique. Aussi, pouvaient-ils prévenir leurs clientes des risques qu'elles couraient.

Cependant l'insufflation tubaire n'est pas elle-même sans danger, et il se peut fort bien que le chiffre de ses succès ait été contrebalancé par un nombre égal de gestations ectopiques dont elle fut la cause adjuvante.

On s'est plu à rechercher le temps écoulé entre la première grossesse ectopique et sa récidive, cela a, dans le fond, assez peu d'importance, et l'on trouve dans la littérature des récidives échelonnées entre 2 mois et 14 ans après la première intervention.

Plus intéressante nous semble l'étude du pronostic éloigné de la récidive.

Si l'on a fait une opération conservatrice — comme une salpingostomie — une troisième G. E. U. est possible, quoique exceptionnelle.

Si l'on s'est borné à enlever la trompe, on verra le plus souvent se rétablir une menstruation irrégulière qui aboutira à une ménopause prématurée.

Enfin, en cas de cure radicale du second accident, les suites seront généralement très satisfaisantes. Les malades engraissent un peu, elles seront sujettes à des bouffées de chaleur, mais une opothérapie bien comprise et rationnellement appliquée jugulera facilement ces inconvénients en eux-mêmes peu graves.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

I. — PREMIER ACCIDENT

Il est à peine besoin de préciser qu'il doit être chirurgical.

En règle générale, ce sera une salpingo-ovariectomie unilatérale avec conservation des annexes de l'autre côté. Dans quelques cas rares, il sera possible de conserver même l'ovaire du côté malade : quand la grossesse ectopique se sera produite dans la portion interne de la trompe, et n'aura pas englobé l'ovaire.

Deux raisons nous dictent cette conduite : d'abord l'intervention se fait souvent sur des malades choquées, exsangues ou au moins anémiées et doit être aussi rapide et peu traumatisante que possible. Ensuite, comme nous l'avons vu, la récidive ne se fait pas dans une telle proportion qu'on doive en avoir la hantise. Une évolution normale de grossesse est ultérieurement possible, parfois désirée, c'est un facteur important à considérer.

L'intervention radicale qu'est l'hystérectomie, est donc à proscrire, sauf dans le cas de lésions très graves, très étendues des deux trompes, ou dans celui, rare heureusement, où l'impossibilité matérielle de se rendre un compte exact du siège de la lésion et l'urgence, commandent une extirpation en bloc.

Il faut rejeter totalement la ligature provisoire de la trompe ou la salpingostomie, car le chiffre moyen des récidi-

ves, après semblables interventions, passe, suivant les auteurs, de 5 % à 20 % ou 40 %.

La salpingectomie curative devra être faite avec un soin extrême, si l'on veut éviter une récidive dans le moignon. Il faut en quelque sorte faire une excision conique, à ras de l'utérus, de la portion interne de la trompe, et péritoniser soigneusement. C'est la technique employée par notre Maître Piollet qui n'a jamais vu de récidive homolatérale chez ses clientes ainsi traitées.

Naturellement, si l'hémorragie intra-péritonéale est abondante, il faudra soigneusement assécher la cavité abdominale — bien que certains aient préconisé de laisser le sang épanché qui ferait retour à l'organisme par un processus d'auto-transfusion — et pour plus de prudence, on assurera un drainage du Douglas par un drain laissé en place 48 heures.

Ici, précisons un point important de technique. Avant la péritonisation, il est bon d'abandonner le Trendelenburg, et de remettre la malade en position horizontale, on verra alors refluer une quantité importante de sang, que la déclivité avait accumulé contre la coupole diaphragmatique, parfois même le fœtus qui s'était égaré au milieu des anses intestinales et l'on s'empressera de débarrasser l'abdomen de l'un et de l'autre.

La cure chirurgicale n'exclue pas — est-il besoin de le souligner — les adjuvants médicaux, surtout dans les cas graves : toni-cardiaques, sérums sucrés, physiologiques, de Normet, hétéro-hémothérapie.

La transfusion, faite dans de bonnes conditions, aidera à surmonter et l'anémie et le shock opératoire, on lui doit de véritables résurrections. Reeb l'emploie systématiquement dans les hémorragies alarmantes, et sa statistique relative aux ruptures tubaires accuse 100 % de guérisons chez les transfusées.

II. — L'ACCIDENT SECONDAIRE

Avec la même idée directrice que pour le premier accident, on doit adopter une thérapeutique *radicale*,

Sans doute, les observations certaines de seconde récidive sont extrêmement rares; mais cette rareté ne provient-elle pas justement de la cure radicale mise en œuvre après la première ?

Pour notre part, d'accord avec de nombreux auteurs, Cotte, Patel, Swynghedauw, nous estimons que la conservation de la trompe gravide est à rejeter, le renouvellement du même processus est à craindre, les mêmes causes ramenant les mêmes effets. Puis le danger de développement d'un chorio épithéliome de la trompe n'est pas illusoire, et doit suffire à faire abandonner toute idée conservatrice.

Faut-il, comme l'a tenté Hamant, reséquer la corne utérine et la trompe gravide jusqu'au voisinage du pavillon, puis fixer celui-ci dans l'angle de l'utérus pour assurer la possibilité d'une nouvelle grossesse — très problématique — puisque l'auteur n'en a jamais observé consécutivement ?

Nous répétons : non. On doit supprimer complètement la trompe et l'ovaire atteints. Dès lors, à quoi bon conserver un corps utérin, désormais sans fonctions et tout juste capable de se cancériser ? Il est plus logique, plus chirurgical, et souvent plus rapide, de faire une hystérectomie subtotale ou au moins fundique.

On peut cependant discuter l'hystérectomie dans les cas où un ovaire peut être conservé, chez une femme très jeune. La conservation de l'ovaire irrigué et continuant sa sécrétion, peut permettre le retour de petites menstruations et la persistance de sa fonction endocrine qui s'opposera aux accidents de la ménopause anticipée.

Enfin, dans les cas seulement où la rapidité de l'intervention doit primer, sera-t-on autorisé à faire l'hémostase suivie d'une salpingectomie à ras de l'utérus, et souvent, même en cette occurence, des raisons techniques d'hémostase ou de péritonisation obligent le chirurgien à une intervention plus complète.

CONCLUSIONS

1° La récidive de grossesse extra-utérine n'est pas une exception.

2° Il n'y a pas une cause mais des causes de grossesse extra-utérine récidivée. Celle qui est responsable du premier accident, peut être différente de celle dont relève le second.

3° On peut la rattacher à trois types anatomo-pathologiques distincts qui en conditionnent l'évolution clinique : luminal-type, mural-type, lumino-mural type.

4° On doit s'attacher à en faire un diagnostic précoce, avant les complications et malgré le polymorphisme de ses symptômes.

Les tests biologiques rapides de la grossesse facilitent grandement ce diagnostic.

5° Le fait de poser ce diagnostic commande l'intervention chirurgicale d'urgence. Celle-ci conservatrice dans le premier accident doit être radicale dans le second.

6° Le pronostic vital est franchement bon,

7° Le pronostic fonctionnel est variable : une première grossesse extra-utérine, opérée, a quatre chances sur dix d'être suivie d'une grossesse normale, mais 5 chances sur cent d'être suivie d'une récidive.

Les troubles endocriniens qui peuvent survenir après la seconde intervention sont justiciables de l'opothérapie.

Le Président de Thèse,
GARIPUY.

Vu : le Doyen,
BARDIER.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 6 mars 1936.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
J. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERODIAS DE BOUCAUD et ROCHE. — Récidive de grossesse tubaire. Hémorragie cataclysmique. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1913, XLIII, 610.

APAJALAHTI (A.). — Sur le sort ultérieur des malades opérées pour gestation tubaire. — *Acta obst. et gyn Scandinavica*. Vol. XIII, fasc. 4.

— Etiologie inflammatoire de la grossesse tubaire. — *Annales Instituti obst. et gyn. universitatis*. T. VII, 1931.

AUTEFAGE. — Un cas de récidive de grossesse extra-utérine. — *Bull. Soc. d'Obst. et gyn. de Paris*. 1914, XVII, p. 680-83.

BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — Pratique de l'art des accouchements. T. II, p. 399.

BAUMANN J. — Les hémorragies ovariennes intra-péritonéales non gravidiques. — *Journ. de Chir.* T. XLIV, N° 6, déc. 1934, p. 865.

F. BENZEL. — Repeated tubal pregnancy. — *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 48, 687-688, 25 mai, 1923.

BERNHARD E. — L'augmentation de la gravidité tubaire et ses causes. — *Zeitschrift f. geburt. und gynæk*, t. LV, N° 1, 31 mars 1933.

BLACKLEE H.-F. — Secondary abdominal pregnancy. — *British M. J.*, 2,562, 4 oct. 1934.

BOUCHET. — La grossesse extra-utérine-récidive. — Th. Lyon 1913.

BOUILLY et LECÈNE. — Un cas de récidive de grossesse extra-utérine. — *Sem. gynécologique*. 1901, VI, 217.

BOWAY. — Les hémorragies intra-péritonéales de la femme en dehors de la grossesse extra utérine. — *Th. Bordeaux* 1934.

BRINDEAU, H. HINGLAIS et M. HINGLAIS. — Contribution à l'étude quantitative des hormones pré-hypophysaires à action génitale dans les humeurs de la femme enceinte. Applications pratiques : diagnostic de la grossesse normale, de la môle hydatiforme, de la rétention d'œuf mort, etc. — *Presse Méd.* N° 35, 3 mai 1933.

BROUHA. — La préparation de la nidation. — *Réunion de l'Ass. des physiol.*, Bruxelles, 16-18 juillet 1928.

— A propos des phénomènes utérins préparatoires à la nidation de l'œuf. — *Bruxelles Médical*, N° 25, 22 avril 1934.

BRUEL. — Récidives de grossesses extra-utérines. — Etude de 190 observations. — *Th.* Paris, 1915, N° 7.

CHAVANNAZ. — Récidive de grossesse extra-utérine. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1926, p. 541.

CHATUNZEW. — Zur Fræge der Diagnostik der sekundaren Bauch Höhlenschwangerschaft. — *Zentralblatt. f. gynæk.* 54, 1557-1560, 21 june 1930.

CHOSSON J. et DONNET V. — Dosage de l'hormone gravidique en vue du diagnostic des arrêts de grossesse. *Presse Méd.*, N° 44, 2 juin 1934.

CLEMENTE. — Recidiva dopo breve intervallo di gravidanza ectopi. *Policlin. roma*, 1926, p. 688.

COTTE G. — Grossesse extra-utérine itérative. — *Lyon Chir.* 1923, XX, p. 649-50.

— Sur l'étiologie et le traitement des grossesses tubaires. *Lyon Chir.*, 1922, p. 665.

— Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. — 2e *édition*, Masson et Cie, Edit.

COUVELAIRE. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. *Th.*, Paris, 1901.

DELAHOUSSE. — Sur quelques cas de récidives de grossesse tubaire. — *Th.*, Lille, 1929, N° 5.

DELMAS et ROUME. — Grossesse tubaire itérative. — *Réun. obst et gyn. de Montpellier*, séance du 4 février 1925.

DEVRAIGNE et AGASSE-LAFONT. — Etat actuel du diagnostic biologique de la grossesse. — *Monde Médical*, N° 872, 1er nov. 1935.

DRAGOMIRESCO. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine récidivée dans la même trompe après intervention chirurgicale. — *Thèse*, 1929, A. Legrand, édit., 91, boulevard Saint-Germain, Paris.

DUJOL. — Grossesse extra-utérine itérative. — *Société des Sciences médicales de Saint-Etienne*, séance du 20 février 1929.

FALK H.-C. — La salpingite folliculaire est un facteur important dans l'étiologie de la grossesse ectopique. — *Américain Journal of obst. and gyn.* Vol. XV, N° 6, june 1928, p. 821-27.

— La nidation de l'œuf dans la gestation extra-utérine. — *Am. J. of obst. and gyn.*, N° 4, oct. 1934.

FILHOULAUD. — De la grossesse extra-utérine récidivée. — *Thèse*, Paris, 1906-07.

FINDERLE. — Sur la pathogénie de la gestation tubaire et sur un cas de grossesse ectopique gemellaire gauche. — *Clin. Ostet.* 35, p. 528-42, sept. 33.

FRANQUE. — Le diagnostic précoce de la gestation extra-utérine et son traitement. — *Méd. Klin.* 1932, cahier 29. *C. R. in Zent für Gynæk.* N° 11, 17 mars 1934, p. 663.

FULCONIS. — La grossesse ectopique familiale. — *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, Paris, année 25, N° 1, janvier 1936. Masson et Cie, éditeurs.

FUNCK-BRENTANO. — Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra utérine. *Th.*, Paris, 1898.

GAUTHERON (Mlle). — Les formes occlusives des grossesses extra-utérines. — *Thèse*, Paris, 1934, N° 615.

Ed. Gaudier et Crouzelle. — A propos d'un cas de récidive de grossesse tubaire. — *Réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lille*, 18 novembre, 1929.

T. Gudden. — Repeated extra-utérine pregnancy. — *Zentralblatt f. gynæk.* 45, 1479-1483, 15 octobre 1921.

M. Guibe. — Sur deux cas de récidives de grossesse extra-utérine. — *Société nationale de chirurgie*, 26 mai 1928, p. 748.

Guillemin A. — Grossesse extra-utérine bilatérale successive. — *Bulletin de la Société d'obstét. et de gynéc.* de Paris, 1925, xiv, p. 107.

Hady. — Momification en cas de gestation extra-utérine. — *Zent. für gyn.* N° 14, 7 avril 1934, p. 800.

Heimann. — La difficulté du diagnostic de la rupture des trompes. — *Méd. Klin.*, 1933, cahier 25. *C. R. in Zent. für gyn.* N° 11, 17 mars 1934, p. 665.

Henric. — Les grossesses tubaires récidivantes bilatérales. — *Th.* Bordeaux, 1934.

Henrotin et Hertzog. — Anomalies du canal de Müller comme cause de grossesses ectopiques. — *Rev. de Gynéc.*, 1898.

Hirsch-Hoffmann. — La signification de la réaction de Aschein-Zondek pour la clinique de la gestation extra-utérine. — *Klinische Wochenschrift*, t. xi, N° 43, 22 oct. 1932.

Ibanez A.-L. — La gestation extra-utérine. — *Revista. Méd. Quirurgica*, N° 4, Avr. 1934, p. 471.

Joachimovits. — Le plus petit kyste papillifère observée dans un cas de grossesse extra-utérine. — *Rev. Franc. de gyn. et obst.*, N° 9, sept. 1934.

Kaplun. — Activité des trophoblastes dans la gestation extra-utérine. — *Zent. für gyn.*, N° 31, 4 août 1934, p. 1826.

Kerr et Anderson. — Gestation angulaire, entité clinique. — *Brit. Med. J.*, 23 j. 1934, p. 1113.

Labhardt. — Augmentation de la gestation tubaire. — *Schweizerische Medi. Wochen.*, t. lxii, 689-691, 23 juill. 1932.

Lapeyre. — Grossesse tubaire récidivée. Diagnostic histologique et biologique. Greffes ovariennes. — *Gaz. Méd. de France*, 1er mars 1932.

Laurentie et Moussalie. — Grossesse extra-utérine apparue consécutivement à une épreuve de la perméabilité tubaire. — *Soc. obst. et gyn. de Toulouse*, 28 janv. 1925.

Leith-Murray. — Grossesses tubaires vues par un gynécologiste. Analyse de certains aspects cliniques et pathologiques de 146 cas consécutifs. — *Proc. of. the Royal. Soc. of. Med.*, t. xxv, N° p, juil. 1932.

Lejars. — Les grossesses tubaires récidivantes. — *Ass. franç. de Chir.*, 1904, t. xvii, p. 727.

Lemarchand. — Contribution à l'étude des grossesses tubaires successives. *Thèse*, Paris, 1926, N° 399.

Le Lorier, Lapeyre et Meyer. — Grossesse tubaire récidivée. Diagnostic histologique et biologique, greffes ovariennes. *La gynecologie*, juil. 1932, p. 395.

MAGALHAES. — Grossesse ectopique récidivante. — *Rev. de gyn. e obst. de Brasil*, N° 3, mars 1934.

MARTINES. — Sur la grossesse extra-utérine récidivante. — *Ann. di. ostet.* 48, p. 783-814., déc. 1926.

MEYLAN R. et MOSSADEGH R. — A propos du diagnostic des grossesses ectopiques. — *Gyn. et obst.*, t. XXXII, N° 4, oct. 1935.

MOMIGLIANO. — Sur la grossesse tubaire récidivante. — *Arch. Ital. di chir. Bologna*, 1925, t. XI, p. 792-832.

MONDOR. — Diagnostics urgents. — Abdomen. — 2e *édition* 1933. Masson et Cie.

MULLER. — A propos de deux cas de grossesse extra-utérine récidivée, et d'un cas de grossesse extra-utérine double tous rompus. — *La clinique*, N° 243, avril 1935.

NEER. — Relation d'un cas de grossesse interstitielle, seconde grossesse ectopique chez la même femme. — *Intern. Journ. Med. and Surg.* 40, p. 316-18, Aug. 1927.

NISOT. — De l'etiologie de la grossesse extra utérine. — *Bruxelles Méd.*, 1927, p. 89.

ŒTTINGEN. — Etiologie et traitement de la grossesse extra-utérine. — *Zent. für gynæk* ; N° 11, 1922.

OKINCZIC. — Deuxième grossesse extra-utérine chez la même femme. — *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1902, LXXXVII, p. 803.

PASQUALIS. — Grossesses tubaires récidivantes. — *La Semana Medica*, N° 5, 31 janv. 1929, p. 285-87.

PATEL. — Grossesse extra-utérine itérative. — *Lyon Chir.*, 1922, p. 705.

PAUCOT. — A propos d'un cas de grossesse tubaire récidivante. — *Bull. Soc. d'Obst. et gyn. de Paris*, 1922, (, p. 521-24.

PHANEUF. — Grossesse tubaire répétée. — *Boston Med. et Sur. Journ.* 190, p. 128-31, 24 janv. 1924.

PLATAREANO et PANAITESCO. — Gestation ectopique intra-ligamentaire, datant de 7 ans. — *Gyn. si obst.*, Nos 7-8, 1934.

POORTEN. — Sur l'étiologie des grossesses tubaires. — ZEIT. *f. gyn.* 13, mai 1922.

POULIOT. — Le diagnostic précoce de la grossesse par la réaction pupillaire de Bercovitz. — *Bull. Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, année 24, N° 10 ; déc. 1935, p. 615-19.

PROUST. — De l'intervention opératoire dans les grossesses tubaires. — *Gaz des Hôp.*, 15 janvier 1914, N° 6.

QUEIROZ (DE). — Auto-hématransfusion dans les hémorragies cataclysmiques de la grossesse extra-utérine rompue. *Rev. de gyn. e obst. du Brésil*, N° 6, juin 1932.

REEB. — La transfusion sanguine en obstétrique et en gynécologie, ses résultats au cours de l'année 1934. — *Gyn. et obst.* t. XXXII, N° 2, août 1935.

REMY. — Grossesses tubaires répétées chez la même femme. — *Rev. Méd. de l'Est*, Nancy, 1910, XLIII, p. 321-25.

Rey. — Gestation extra-utérine avec rétention pendant 17 ans. — *Riv. Esp. de obst. y gyn.*, N° 217, janv. 1934, p. 16.

Ricard. — Sur la pathogénie du syndrôme anémique dans les grossesses tubaires rompues. — *Lyon-Chir.*, N° 26, p. 361-68, 1929.

Rieunau. — Le diagnostic biologique de la grossesse dans la pratique courante. — *Toulouse Médical*, 1er avril 1934.

Rocha-Maia, Da. — Contribution à l'étude de la rupture de la grossesse tubaire. — *Rev. de gyn. et obst. du Brésil*, N° 12, déc. 1934.

Rubin. — L'état des trompes résiduelles après la gestation ectopique ; leur rapport avec la stérilité et la gestation consécutive. — *American J. of obst. and gyn.*, N° 4, nov. 1934.

Saas. — Sur un cas de récidive de gravidité tubaire dans un moignon de trompe enlevée pour gestation ectopique, résection de la trompe et suites ultérieures. — *Znt. f. gyn*, 54, p. 2590-91, 11 oct. 1930.

Sauvé. — *Thèse* de Paris, 1906.

Schmitz. — Diagnostic des ruptures de la gestation extra-utérine. — *Méd. Klin.*, 1932, cahier 22, *C. R. in Zent. für gyn.* N° 11, 17 mars 1934, p. 665.

Schrœder. — Deux cas de gestation tubaire dans les moignons de trompes amputées. — *Zent. f. gyn.*, N° 4, 27 janv. 1934, p. 231.

Schroderns. — Quatre cas de gestations tubaires opérées avant la rupture. — *Acta obst. et gyn. Scandinavica.*, N° 1, 1934.

Siredey. — Le diagnostic de la grossesse extra-utérine. — *Sem. des Hôp. de Paris*, 15 juil. 1934.

Sjovall. — De l'apparition de reactions déciduales dans la muqueuse tubaire en cas de grossesse intra-utérine. — *Acta obst. et gyn. Scandinavica*, Vol. xv, fasc. 1, 1935.

Slivinski. — Deux grossesses tubaires différentes dans l'espace de 5 mois. — *Revue franç. de gyn. et obst.*, Paris, 1925, xx, p. 461.

Smith R. — Grossesses extra-utérines répétées. Rapport de 4 cas. — *Surg. gyn. et obst. Chicago*, 1911, xiii, p. 105.

— Grossesses extra-utérines répétées. Rapport de 4 cas, et revue statistique de la littérature. — *Trans. Amer. gyn. soc.*, Philad., 1911, xxxvi, p. 425-52.

— Résultats éloignés de 192 opérations pour g. e. u., avec considérations sur les grossesses récidivantes. — *Surg. gyn. et obst. Chicago*, N° 6, juin 1914.

Solmaru. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine tubaire : grossesse utérine. — *Gyn. si. obst.*, Nos 1-2, sept.-oct. 1934.

Sussi. — A propos de la pathogénie de la grossesse extra-utérine, étude particulière de la ventro-fixation de l'utérus. — *Gaz Int. di Med. e. Chirurgia*, 15 nov. 1934.

Sztehlo. — Erreurs diagnostiques dans la grossesse extra-utérine. — *Münchener Mediz. Wochen.*, tome lxxix, N° 12, 18 mars 1932.

Swynghedauw et Grailles. — Les grossesses extra-utérines récidivées. — *Echo médical du Nord*, N° 30, 28 juil. 1935.

TAINTURIER. — Etiologie de la grossesse extra-utérine. — *Th.*; Paris, 1895.

TESTA. — Contribution à la pathogénie de la grossesse ectopique, et à l'étude du mécanisme de la rupture de la trompe gravide. — *Arch. di ost. e. gyn., Napoli* 1925, 2 s. XII, p. 49-72.

TORRE. — Considérations cliniques et statistiques sur 22 cas de grossesses extra-utérines récidivées. — *Ann. di. ostet. e. gyn.* An LVI, N° 1, 31 janv. 1934, p. 21-51. *C. R. in journ. de chir.*, N° 3, sept. 1934, p. 500.

UFARIA ARCIERI. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine récidivante. — *Ann. di ostet. e. gyn.* An LI, 30 juin 1929, p. 809.

VANVERTS. — Récidive de grossesse tubaire. — *Bull. Soc. d'Obst. et gyn. de Paris*, 1924, tome XIII, p. 453.

VARNIER et SENS. — Sur la récidive de la grossesse ectopique, 96 observations — *Ann. de gyn. et obst.*, Paris, 1901. LV., p. 169-222.

VIGNES. — Diagnostic biologique de la grossesse extra-utérine. — *Presse Méd.*, N° 74, 16 sept. 1933, p. 1440.

WEISS et PETROVITCH. — Rupture de grossesse extra-utérine récidivante du même côté, dans le moignon de la trompe. — *Soc. de Méd. du Bas-Rhin.* Séance du 30 juin 1928.

WIDAKOVITCH. — A propos de la théorie ovulaire de la pathogénie de la grossesse ectopique. — *Sem. Méd. Buenos-Ayres*, 1918, XXXV, p. 323-30.

WILETTE. — *Thèse* de Paris, 1910.

ZELEZNY. — Deux cas de gestation extra-utérine répétée. — *Ces Lek. Cesk.* 61, p. 711-14, 5 août 1922.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 15

CHAPITRE I

Rappels anatomo-physiologiques 17

CHAPITRE II

Fréquence 19
Observation I 23
Observation II 29
Observation III 31
Observation IV 33
Observation V 35

CHAPITRE III

Etiologie 41

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique 45

CHAPITRE V

Diagnostic 51

CHAPITRE VI

Formes cliniques. — Diagnostic différentiel 61

CHAPITRE VII

Pronostic 69

CHAPITRE VIII

Traitement 71

CONCLUSIONS 75
BIBLIOGRAPHIE 77